

Barbara Vuano

NASCERE NELLA CENERE

Le testimonianze delle
ultime ostetriche condotte
in Carnia

 FORUM





LA
STANZA
DELLE
VOCI

ARCHIVIO ETNOTESTI

Centro Internazionale sul Plurilinguismo
Università degli Studi di Udine

La stanza delle voci

2

Dal materiale raccolto e custodito presso l'Archivio Etnotesti dell'Università di Udine nasce l'idea di una collana di studi - etnografici, storici, linguistici - nei quali la viva voce di informatori e informatrici accompagna il testo scritto, permettendo a chi legge/ascolta di sperimentare la forza della parola. Provenienti da luoghi e momenti diversi, accenti prosodie e inflessioni altrimenti perduti per sempre 'si rifanno sentire', conferendo spessore e prospettiva emica alla ricerca. Un'occasione anche per tessere reti tra gli archivi sonori d'Italia, nella consapevolezza che, qualora le si lasci esprimere, *verba manent*.

Direttore

Donatella Cozzi (Università di Udine)

Comitato scientifico

Silvia Calamai (Università di Siena)

Alessandro Casellato (Università Ca' Foscari di Venezia)

Roberto Dapit (Università di Udine)

Erika Di Bortolo Mel (Università di Udine)

Fabiana Fusco (Università di Udine)

Gian Paolo Gri (Università di Udine)

Renato Oniga (Università di Udine)

Daniela Perco (Museo Etnografico della Provincia di Belluno)

Antonella Riem (Università di Udine)

Glauco Sanga (Università Ca' Foscari di Venezia)

Federico Vicario (Università di Udine)

Gabriele Zanella (Università di Udine)

<https://archivioetnotesti.uniud.it>

Barbara Vuano

NASCERE NELLA CENERE

Le testimonianze delle
ultime ostetriche condotte
in Carnia

 FORUM

La presente pubblicazione è stata realizzata
con il contributo di



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE**

hic sunt futura

DIPARTIMENTO DI LINGUE
E LETTERATURE,
COMUNICAZIONE,
FORMAZIONE E SOCIETÀ



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE

**CENTRO INTERNAZIONALE
SUL PLURLINGUISMO**

Progetto grafico

Carlotta Amantini

Stampa

Impressum, Marina di Carrara (Ms)

© **FORUM 2022**

Editrice Universitaria Udinese

FARE srl con unico socio

Società soggetta a direzione e coordinamento
dell'Università degli Studi di Udine

Via Palladio, 8 - 33100 Udine

Tel. 0432 26001 / Fax 0432 296756

www.forumeditrice.it

ISBN 978-88-3283-270-9 (print)

ISBN 978-88-3283-321-8 (pdf)

Vuano, Barbara

Nascere nella cenere : le testimonianze delle ultime ostetriche con-
dotte in Carnia / Barbara Vuano. - Udine : Forum, 2022.

(La stanza delle voci ; 2)

ISBN 978-88-3283-270-9 (brossura). - ISBN 978-88-3283-321-8 (pdf)

1. Parto - Storia sociale - Carnia - Sec. 20. 2. Ostetriche - Car-
nia - Sec. 20.

392.1209453914 (WebDewey 2022) - USI E COSTUMI DELLA NASCITA. Carnia

Scheda catalografica a cura del Sistema bibliotecario dell'Università
degli studi di Udine

INDICE

Levatrici, ostetriche, donne. 'Compagne di nascita' in prospettiva transculturale e intergenerazionale <i>di Patrizia Quattrocchi</i>	9
--	---

Premessa	23
----------	----

Introduzione	25
--------------	----

LE INTERVISTE

1. Esterina Fachin	33
2. Maria Linda	39
3. Eva Duria	42
4. Elena Magri	47
5. Gisella Florit	50
6. Angelica Adami	56
7. Lina Durigon	61
8. Liliana Vanino	66
9. Linda Frezza	71
10. Natalina Longo	75

NASCERE NELLA CENERE

1. LA TRADIZIONE. CONCEPIMENTO E GRAVIDANZA	85
Il parto, momento critico del ciclo della vita	85

Fecondità e sterilità	87
La gravidanza	90
2. RITUALI DELLA NASCITA: IL PARTO NELLA CULTURA TRADIZIONALE	95
La scena del parto	95
Pratiche, rituali e modalità del parto	98
Levatrici e saperi tradizionali	102
Credenze e auspici intorno alla nascita	104
La placenta	108
3. IL PUERPERIO	111
Il puerperio, fase liminare della vita della donna	111
I tabù precauzionali	113
I donativi	119
L'alimentazione nel puerperio	121
La purificazione	123
4. DAL PARTO TRADIZIONALE ALL'OSPEDALIZZAZIONE	125
Il parto come evento culturale e la nascita dell'ostetricia	125
Dai saperi tradizionali all'assistenza domiciliare	133
Dall'assistenza domiciliare all'ospedalizzazione del parto	140

5. LA LEVATRICE: DAL RUOLO DI ‘COMARE’ AL RUOLO ISTITUZIONALE	149
L'arte della levatrice	149
La levatrice in Carnia tra passato e presente	157
 Conclusioni	 163
 Bibliografia	 171
 Ringraziamenti	 175

Nella trascrizione delle interviste si è scelto di riportare fedelmente il parlato, riproducendo gli idioletti delle singole informatrici

Le interviste complete si possono ascoltare scrivendo all'Archivio Etnotesti all'indirizzo archivioetnotesti@uniud.it

Non avevo mai riflettuto finora sulle possibili connessioni tra le esperienze che accomunano le donne presenti sulla scena del parto e della nascita in contesti non ospedalieri nei differenti luoghi in cui ho studiato questi processi (Quattrocchi 2011, 2018a, 2018b) e ciò che è accaduto in Friuli, nel passaggio storico che ha portato la maggioranza delle donne ad abbandonare l'assistenza domiciliare a vantaggio di quella ospedaliera.

Il testo di Barbara Vuano offre questa opportunità. Tra le pagine che descrivono in maniera puntuale – a partire dalle indagini classiche di Nicoloso Ciceri e Ostermann – i più disparati riti propiziatori, gli interdetti alimentari e comportamentali della donna incinta e della puerpera, i trattamenti simbolici della placenta, le pratiche di accudimento e di cura nei confronti della madre e del neonato, ho ritrovato similitudini concettuali e operative che rimandano a matrici fondanti dell'universale bisogno delle collettività di comprendere e gestire gli eventi elementari della nascita e della morte (Augé, Erzlich 1988).

Non mi soffermo su questi aspetti più descrittivi, seppur riaffiorino alla mia memoria le parole di *doña* Mercedes Gomez, levatrice del villaggio hondureño di La Campa, che nel lontano 1998 mi raccontava di come le puerpere dovessero rimanere a casa per la *cuarentena*, senza esporre i loro orifizi corporei alla nefasta entrata di elementi malevoli, quali l'*aire* o l'*hillo* (Quattrocchi 2006); o le parole della levatrice maya

doña Socorro – di cui ho osservato il lavoro per quasi una decade – che mi spiegava come la placenta della femmina dovesse essere sepolta sotto le pietre del *fogón* (dove si cucinano le *tortillas*) e quella del maschio nella *milpa*: i campi di mais, situati fuori dallo spazio domestico.

Ciò che maggiormente mi interessa rilevare in questa occasione sono le possibili connessioni tra i processi che la condivisione e la trasmissione di questi saperi e di queste pratiche hanno innescato nei differenti contesti. Processi che – come ben ricorda Vuano – intrecciano biografie individuali e memorie collettive, in un dialogo corale e di genere allo stesso tempo; ma danno anche vita a intricati orditi di governance riproduttiva, ossia a meccanismi attraverso i quali «different historical configurations of actors such as state, religious, and international financial institutions, NGOs, and social movements use legislative controls, economic inducements, moral injunctions, direct coercion, and ethical incitements to produce, monitor, and control reproductive behaviors and population practices» (Morgan, Roberts 2012, p. 243). Nel nostro contesto, in particolare, lo Stato e le sue istituzioni sanitarie.

A partire dagli anni Sessanta, in Carnia, inizia quel processo di ospedalizzazione della nascita che porterà ben presto molte donne a partorire nell'ospedale della cittadina di Tolmezzo. Ciò significa il graduale 'superamento' della figura dell'ostetrica condotta, che assiste a domicilio forte del suo sapere empirico e del sostegno della comunità (interessante la presenza costante di 'donne esperte' in suo supporto o in sua mancanza).

Il processo di graduale smantellamento e devalorizzazione del *corpus* tradizionale di saperi e di competenze delle ostetriche e delle donne che la medicalizzazione del parto ha prodotto è stato oggetto di numerose analisi, in Occidente e altrove (Davis-Floyd, Sargent 1997; Browner, Sargent 2011; Filippini 2017; Alarcón *et al.* 2020) e si ritrova anche nella ricostruzione presente in questo volume.

L'approccio organicista e interventista focalizzato al controllo dell'evento medico (grazie alla tecnologia sempre più sofisticata) che ha sostituito lo sguardo integrale e il tocco manuale dell'ostetrica condotta o della levatrice di comunità ha prodotto, come sappiamo, una cultura del rischio – e del rischio del rischio (Regalia, Colombo 2018) – che introiettiamo fin dalla nostra infanzia; e che diventa il 'naturale' modo di accostarsi alla gravidanza, al parto e alla nascita, anche quando ci accingiamo a diventare madri e padri. Il 'buon esito della gravidanza' sarà dunque legato al maggior numero di controlli diagnostici, di ecografie, di strumenti tecnologici avanzati e alle indicazioni degli 'esperti di troppo' (Illich 2008), che in Italia nella maggior parte dei casi consistono in ginecologi e ginecologhe che lavorano in regime privato. Si tratta di esperti che, nella visione interventista che sostiene l'approccio biomedico, hanno invaso il campo della fisiologia della nascita, per definizione di pertinenza non medica. L'invasione di campo non è stata lieve, se oggi – come spesso raccontano le allieve ostetriche e le ostetriche professioniste – è quasi impossibile osservare un parto 'senza alcun intervento medico' nelle nostre strutture ospedaliere¹.

Gli eccessi di questo processo, già evidenti da decenni in molti paesi (WHO 1985; WHO 1996), sono riscontrabili nei tassi elevatissimi di taglio cesareo, induzione e accelerazione del parto, visite vaginali, episiotomia, manovre ostetriche, analgesia farmacologica, monitoraggio continuo, posizione litotomica, uso di ossitocina nel *post partum*, mancato rispet-

¹ Nel primo caso, si tratta di testimonianze raccolte durante il corso di Discipline demotnoantropologiche nei corsi di laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Trieste e di Udine, di cui sono stata titolare per alcuni anni. Nel secondo caso di dati emersi durante la ricerca etnografica sul parto a domicilio e in casa maternità che ho condotto in tre paesi europei tra il 2010 e il 2015. Per maggiori dettagli cfr. Quattrocchi 2018a.

to dei tempi del *bonding*, mancato sostegno all'allattamento e altro ancora; pratiche attuate spesso in modalità standardizzata e routinaria, che non trovano giustificazione dal punto di vista medico-ostetrico e nelle evidenze scientifiche a disposizione (WHO 1996)².

Tali questioni sono oggi oggetto di dibattito internazionale, non solo in termini medico-assistenziali ma anche nel quadro più ampio della violazione dei diritti umani alla salute, alla salute riproduttiva e della violenza di genere (Bowser, Hill 2010; Castro, Erviti 2015; Bohren *et al.* 2015; Freedman, Kruck 2014; Sadler *et al.* 2016; Pickles, Herring 2020). Un dibattito che ha portato accademici e decisori politici a interrogarsi sulle cause strutturali e multidimensionali delle «pratiche non rispettose e abusanti presenti in tutto il mondo», come ricorda l'OMS nell'importante documento *La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere* (OMS 2014, p. 1). In altre parole, ad analizzare i modelli assistenziali eccessivamente patologizzanti, interventisti e riduzionisti dentro le complesse relazioni sociali, politiche ed economiche che strutturano le società e producono ineguaglianze (di genere, di potere, di status, di censo, etniche, ecc.). In questa prospettiva, l'eventuale comportamento

² Il caso del taglio cesareo è emblematico. In Italia si assesta attualmente al 34% (Cedap 2019), di gran lunga superiore alla media europea (22%) e al tasso del 10-15% indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità. Sulle diverse motivazioni di ordine medico, economico, culturale, sociale, politico che possono concorrere all'elevato tasso cfr. Quattrocchi 2018a e Regalia, Bestetti 2010. Tra gli aspetti maggiormente riportati dai medici-ginecologi al riguardo vi sono l'elevata età delle donne partorienti (che rende di per sé il parto maggiormente rischioso) e la richiesta delle donne di un parto rapido e indolore. A tal riguardo ricordiamo che in diversi paesi nord-europei le donne partoriscono alla stessa età delle donne italiane, ma i tassi di cesareo sono di gran lunga inferiori (12-15%) e che le donne italiane – quando richiesto il loro parere – dichiarano di preferire un parto vaginale (ISS 2007).

del singolo professionista non è ‘causa’, ma componente di un sistema più ampio di forze in campo, che si esprime in una violenza sistemica, di cui anch’egli spesso è vittima³. Per questo l’Assemblea generale delle Nazioni Unite e il Consiglio d’Europa richiamano oggi gli Stati a riconoscere e combattere la «violenza ostetrica e ginecologica» nelle istituzioni sanitarie e nei servizi riproduttivi (ONU 2019, European Council 2019). Un concetto – quello di violenza ostetrica – non esente da dibattito in merito alla sua definizione (Savage, Castro 2017), ma rilevante nella sostanza dei suoi contenuti culturali e politico-formativi, nei differenti contesti (Quattrocchi 2019, Quattrocchi e Magnone 2020). Il presente volume ci permette di cogliere alcuni interessanti processi di ‘transizione’, che contribuiscono a dipanare i meccanismi attraverso i quali in contesti specifici si sono date le relazioni tra saperi ‘tradizionali’ (di cui erano portatrici le ostetriche condotte e quelle che nei primi anni di ospedalizzazione assistevano i parti nelle strutture sanitarie) e saperi egemonici, sempre più universalistici. Nella Carnia degli anni Sessanta, la biomedicina attraverso l’ospedalizzazione del parto indica le nuove coordinate (‘moderne’ e ‘sicure’) per interpretare un processo fisiologico fino ad allora vissuto attraverso la lente sociale, familiare e amicale. Quella delle ‘compagne di nascita’: levatrici e ostetriche ma anche donne comuni che presenziano al parto e alla nascita per condividere tra pari e trasmettere tra generazioni un processo esistenziale, in cui le diverse competenze (quelle empiriche dell’ostetrica e quelle emotive e affettive della madre o dell’amica) si compenetrano. Un accompagnamento multiplo, in cui le componenti socia-

³ Questa prospettiva sgombera il campo dal considerare tali comportamenti ‘accusatori’ nei confronti dei professionisti della salute e situa la decostruzione e il contrasto a queste forme di violenza istituzionale in un contesto più ampio (non solo formativo, ma di ridefinizione radicale delle nostre matrici sociali).

li, psicologiche e culturali già individuate dall'antropologa Brigitte Jordan come determinanti dei 'sistemi di nascita' (Jordan 1993) si accostano a quelle organiche, prioritarie nell'approccio biomedico (Lock-Noygen 2010).

Le ostetriche carniche la cui esperienza è narrata in queste pagine si mostrano «punto d'incontro fra le due culture, quella istituzionale e quella tradizionale» (p. 134) e rielaborano nel nuovo contesto pratiche e saperi di cui sono detentrici, producendo nuove risignificazioni alla luce delle inedite esigenze del momento storico. Un processo simile a quello osservato tra le levatrici maya dello Yucatan (Messico) che, di fronte alla medicalizzazione crescente del parto, difendono la loro visione e i loro saperi riproduttivi risignificando pratiche tradizionali come la *sobada*: un massaggio prenatale volto a riposizionare continuamente il bambino nella posizione idonea al parto, che diventa nei discorsi contemporanei il modo preferenziale per evitare il parto cesareo in ospedale (Quattrocchi 2011).

Allo stesso modo, le ostetriche che nei primi anni lavorano nell'ospedale di Tolmezzo attuano dentro l'Istituzione 'come se' fossero ancora nelle case, ovviamente, fin dove consentito in una struttura ospedaliera e fino a quando possibile: secondo l'autrice fino all'implementazione del reparto di Ginecologia e ostetricia nel 1978. Permettono così quella transizione graduale – almeno di intenti – volta alla difesa dei loro saperi e delle loro pratiche e alla trasmissione di una visione locale del processo alle nuove generazioni di professioniste: «Le ostetriche dimostrano una notevole disponibilità a modificare e a adattare i loro comportamenti a una realtà che non corrisponde al modello appreso» afferma Vuano, aggiungendo che «questo fatto denota non solo intelligenza e autonomia critica, ma una sensibilità che è essa stessa parte di un bagaglio culturale di genere e di gruppo, appreso attraverso una lunga catena di gesti e di comportamenti tramandati di madre in figlia di generazione in generazione» (p. 135).

Quella «lunga catena di gesti e di comportamenti» ha certamente subito il peso di una medicalizzazione eccessiva nelle decadi successive, in Friuli e altrove. I processi di resistenza, però, spesso sfuggono le generalizzazioni e le globalizzazioni, anche dei saperi. Le ‘ultime ostetriche’ di cui ci parla l’autrice certo non ci sono più, professionalmente parlando. Ma una nuova generazione di ostetriche libere professioniste che assiste parti a domicilio e in casa maternità⁴ è presente in Friuli Venezia Giulia e accompagna un numero crescente di donne che, per diversi motivi, optano per un parto non ospedaliero. Anche in Carnia (Quattrocchi 2018a).

Anche in questo caso appaiono interessanti le connessioni tra le esperienze di generazioni diverse: cosa hanno in comune le ostetriche condotte del secolo scorso con le ostetriche attuali le quali, dopo un percorso universitario che le porta a lavorare anche nelle istituzioni sanitarie, da queste si allontanano per accostarsi a modelli di accompagnamento non medicalizzati?

Il contesto storico è molto diverso, così come l’iter formativo e le esperienze di vita. Ciò nonostante emergono interessanti similitudini. In particolare, mi sembra rilevante sottolineare lo sguardo olistico al processo, che non è mai ‘ridotto’ al ventre materno (come avviene oggi, attraverso lo sguardo tecno-medico o quello digitale di un computer); ma è uno sguardo ampio, che ingloba le diverse dimensioni della vita della donna e della famiglia. L’ambiente in cui questa vive (non solo luogo fisico, ma anche relazionale) è segno da codificare, ieri come oggi, per chi accompagna il parto: informa delle condizioni di salute e di benessere della madre e del supporto che avrà al momento della nascita, e in seguito. Il *post partum* è momento importante: le levatrici tradizionali,

⁴ Struttura non sanitaria, a gestione ostetrica. In Italia ve ne sono attualmente quattordici, di cui una in Friuli Venezia Giulia (www.nascereacasa.it).

le ostetriche condotte, le libere professioniste attuali lo indicano come uno dei momenti in cui la loro presenza è particolarmente significativa. Nell'ottica integrale della nascita che sostiene la visione non medicalizzata, l'espulsione del bambino e il suo ritorno a casa dopo qualche giorno di degenza ospedaliera non chiudono il processo bio-psico-sociale ed esistenziale in corso. Forse portano a termine, in prospettiva clinica, quello 'medico'. Le settimane dopo il parto sono estremamente importanti per chi accompagna la donna a partire da un'altra prospettiva, siano esse ostetriche condotte del passato o giovani professioniste contemporanee. L'assistenza durante il puerperio prevede presenza, supporto emotivo, accompagnamento all'allattamento e alla costruzione della triade mamma-papà-bambino, tutti elementi considerati fondamentali al pari di eventuali interventi più 'tecnici' (ad esempio la cura di una lacerazione o di una sutura).

La quarantena seguita in passato, che permetteva alle donne un recupero psico-fisico dopo un processo così importante, non ha trovato meccanismi di risignificazione nel parto ospedaliero: le donne tornano a casa e vengono fin da subito reinserite nella quotidianità preparto (a volte anche lavorativa); molto spesso sono sprovviste di supporto materiale (l'aiuto nelle faccende domestiche o nella cura di altri figli, come avveniva in passato grazie alla rete familiare e sociale); mancano anche di supporto emotivo per accudire il loro bambino e se stesse. A volte non possiedono gli strumenti intellettuali per comprendere i segnali comunicativi che il piccolo invia (il pianto, l'attaccamento al seno al di là del bisogno nutrizionale, il ciclo del sonno, ecc.) o per decodificare i propri bisogni di donna e di madre, per esempio di contenimento⁵.

La devalorizzazione dei saperi tradizionali, di cui riporta Vuano in questo testo e acuitasi con il passaggio dalla

⁵ Temi di cui peraltro poco si parla durante i corsi preparto.

casa all'ospedale, ha portato non solo alla scomparsa degli stessi, ma anche alla mancanza di fiducia delle donne nelle (poche) competenze che ancora riconoscono come proprie. Pensiamo a quante madri sono convinte di non poter allattare o di non riuscire a nutrire a sufficienza il proprio bambino, nonostante – dal punto di vista clinico – appena il 2% delle donne presenti patologie o problematiche legate a questo processo (Spandrio, Regalia, Bestetti 2014). Il resto delle donne 'inventa' o 'immagina' tale problematica? Ovviamente no; la questione è più complessa e deve essere indagata dentro il quadro più ampio in cui si inserisce tutto il nostro discorso: quello delle aspettative collettive, dei valori condivisi e degli immaginari che ruotano attorno alla maternità, che rimandano a loro volta a meccanismi bio-politici, culturali, sociali ed economici che forgiavano il nostro modo collettivo di pensare e vivere tale processo. Come possiamo pensare che una madre che deve tornare al lavoro dopo pochi mesi possa rispondere in maniera appropriata ai bisogni del proprio bambino, anche solo nutrizionali, senza difficoltà? O che possa vivere al meglio i cambiamenti del corpo e della psiche che la nascita comporta, in un contesto quotidiano in cui il modello ideale di corporeità di certo non corrisponde a un grembo *post partum* e il modello di socialità non prevede spazi adeguati (e sguardi neutri) per una mamma che allatta in pubblico? In questo contesto, le deleghe all'esperto 'di troppo' di cui parla Illich e il consumo di massa (pensiamo al business di oggettistica per neonati) hanno condotto le donne a rivolgersi sempre più all'aiuto esterno e sempre meno a ritrovare dentro se stesse le risorse necessarie. Questa ricerca a volte spasmodica di rapide soluzioni e sicurezze ha prodotto un senso generale di inadeguatezza (che per certi aspetti potremmo definire 'generazionale'), che sfocia spesso in malessere o addirittura in depressione *post partum*.
Comprendere meglio i passaggi storici che hanno condotto

a questa situazione è importante. Non solo a fini conoscitivi, ma anche per analizzarli in virtù del presente. In altre parole, per identificare elementi che – rielaborati alla luce dei bisogni e delle aspettative attuali – possano rispondere alle esigenze del nostro presente. Riappropriarci *collettivamente* del processo del parto e della nascita, affinché – anche nei contesti ospedalieri – possa essere questo un momento rispettato nei tempi fisiologici e nei bisogni dei protagonisti deve essere una priorità sociale, da imporre alle agende governative. Anche con strumenti legislativi, come accaduto in molti paesi che hanno riconosciuto la violenza ostetrica in leggi dello Stato⁶.

Ciò permetterebbe non solo di continuare ad avere degli ‘esiti favorevoli’ in termini medico-clinici; ma anche un’esperienza positiva per la mamma e il bambino, come richiesto dalle donne e dalle più recenti direttive internazionali. Nel 2018 infatti l’OMS ha dichiarato che ‘l’esperienza positiva del parto’ deve essere considerata un aspetto cruciale dell’alta qualità dell’assistenza alla nascita e non «*just complementary to provision of routine clinical practices*» (WHO 2018, p. 1). Un approccio che sicuramente le ostetriche condotte intervistate in questo libro avrebbero condiviso.

Patrizia Quattrocchi

⁶ Tutte le definizioni di leggi attualmente in vigore considerano la violenza ostetrica una violenza di genere. Il primo Paese al mondo a legiferare in tal senso è stato il Venezuela nel 2006, seguito dall’Argentina nel 2009 e dal Messico; in anni più recenti, tale violenza è stata normata in alcuni stati del Brasile, in Ecuador, in Perù e in Uruguay. In Europa, la prima entità politica a legiferare in tal senso è stata la Comunità Autonoma della Catalogna (Spagna) nel dicembre del 2020.

- Augé M., Erzlich C. (1988), *Il senso del male. Antropologia, storia, sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano.
- Alarcón Lavín R., Alarcón Salazar A.T., Álvarez Romo D., Arana Miranda V., Araya Morales J.M., Brandão T., Casillas Olivieri S.M., El Kotni M., Gómez I., Moral Sosa A., Ortega Canto J., Quattrocchi P., Sieglin V. (2021), *Parterias tradicionales en Latinoamérica: cambios y continuidades ante un etnocidio programado*, Editorial Luscinia, San Juan de Puerto Rico.
- Bohren M.A., Vogel J.P., Hunter E.C., Lutsiv O., Makh S.K., Souza J.P. et al. (2015), *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: a Mixed-Methods Systematic Review*, in «PLoS Medicine», 12, 6, doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bowser D., Hill K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth. Report of a Landscape Analysis*, Harvard School of Public Health and University Research, Washington, DC.
- Browner C., Sargent C. (eds.) (2011), *Reproduction, Globalization and the State. The Theoretical and Ethnographic Perspectives*, Duke University Press, Durham-London.
- Castro R., Erviti J. (2015), *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, CRIM-UNAM, Cuernavaca, México.
- Certificato di assistenza al parto (CeDAP), *Analisi dell'evento nascita – Anno 2019*, Ministero della Salute, Roma.
- Davis-Floyd R. (2001), *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*, in «International Journal of Gynecology & Obstetrics», 75, 1, pp. 5-23.
- Davis-Floyd R., Sargent C. (eds.) (1997), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, University of California Press, Berkeley, CA.
- European Council (2019), *Obstetrical and Gynaecological Violence. Resolution 2306*, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236#> (ultimo accesso 15 dicembre 2021).
- Filippini N.M. (2017), *Generare, partorire, nascere. Una storia dall'antichità alla provetta*, Viella Editore, Roma.
- Freedman L.P., Kruk M.E. (2014), *Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: Challenging the Global Quality and Accountability Agendas*, in «Lancet», 384, 9948, pp. 42-44.

- Jordan B. (1993), *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Waveland Press, Illinois.
- Illich I. (2008), *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Erikson, Trento.
- Istituto Superiore di Sanità (2007), *Indagine multiscopo sulle famiglie, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – 2005*, ISS, Roma.
- Lock M., Nguyen V.K. (2010), *An Anthropology of Biomedicine*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- Morgan L.M., Roberts F.S.E (2012), *Reproductive governance in Latin America*, in «Anthropology & Medicine», 19, 2, pp. 241-254.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2014), *La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere*, OMS, Ginevra.
- Pickles C., Herring J. (2020), *Childbirth, Vulnerability and Law. Exploring Issues of Violence and Control*, Routledge, London.
- Quattrocchi P. (2006), *Confini del corpo e pratiche puerperali. "Apertura" e "chiusura" del corpo femminile tra i Lenca di La Campa (Honduras) e i Maya yucatechi del villaggio di Kaua (Messico)*, in «La Ricerca Folklorica», 53. Grafo, Brescia, pp. 23-40.
- Quattrocchi P. (2011), *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatán, Messico*, Pacini Editore, Pisa.
- Quattrocchi P. (2018a), *Oltre i luoghi comuni: partorire e nascere a domicilio e in casa maternità*, Editpress, Firenze.
- Quattrocchi P. (2018b), *Pratiche e saperi della riproduzione tra i Lenca di La Campa, Honduras*, Il Faro Edizioni, Trento.
- Quattrocchi P. (2019), *Violenza Ostetrica. Le potenzialità politico-formative di un concetto innovativo*, in «Etnoantropologia», 7, 1, pp. 125-147.
- Quattrocchi P., Magnone Alemán N. (eds.) (2020), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medicina y estrategias*, Ediciones EdUNLA, Buenos Aires.
- Ragalia A., Colombo G. (2018), *La nascita. Rischi reali, pericoli percepiti*, Carocci, Roma.
- Sadler M., Santos M.J., Ruíz Bardun et al. (2016), *Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence*, in «Reproduction Health Matters», 24, 47, pp. 47-55.
- Savage S., Castro A. (2017), *Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches*, in «Reproduction Health Matters», 14, pp. 138-165.
- Spandrio S., Regalia R., Bestetti G. (2014), *Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post-partum*, Roma, Carocci.

- United Nation (2019), *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*, United Nation General Assembly, Ney York.
- World Health Organization (1996), *Care in normal Birth. A practical Guide*, WHO, Geneve.
- World Health Organization (2018), *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, WHO, Geneve.

PREMESSA

Questo libro nasce dalla tesi di laurea in Antropologia culturale con cui ho concluso il mio corso di studi in Lettere presso l'Università di Udine nell'anno accademico 2004-2005. Il titolo: *Nascere in casa. Il ciclo gravidanza-parto-puerperio in Carnia tra assistenza domiciliare e ospedalizzazione*, relatore il professor Gian Paolo Gri.

L'obiettivo della mia ricerca, effettuata attraverso la raccolta di interviste sul campo, era di individuare modi e saperi dell'agire delle donne nei momenti cruciali della gravidanza, del parto e del puerperio e la persistenza, in essi, di pratiche legate alla cultura tradizionale.

Le ostetriche condotte, che assistevano i parti a domicilio, si ponevano come figure di riferimento per la collettività e garantivano il passaggio e la transizione fra sapere pratico, tradizionale e sapere tecnico-scientifico, istituzionale.

Erano fiduciarie di un patto – e come tali rispettate e amate – in nome del quale si assumevano enormi rischi e responsabilità, consapevoli di correrli. Consideravano questo gravoso compito il loro dovere, in alleanza con le donne che partorivano e accettavano l'incognita, sapendo da sempre, per conoscenza atavica, che dare la vita significava rischiare la morte, propria e del bambino. Partorire, nella cultura tradizionale equivale ad attraversare una soglia, oltre la quale si fronteggia la labilità del proprio essere e si ridefinisce la propria identità.

Il focus della mia tesi era posto sul rapporto tra l'agire delle

levatrici e la cultura sedimentata nella tradizione. Oggi che le ostetriche condotte da me incontrate sono tutte decedute, le loro interviste sono diventate una testimonianza preziosa e irriproducibile che pone interrogativi sui modi dell'agire medico contemporaneo riguardo al parto.

Gli eccessi dell'interventismo istituzionale hanno espropriato non solo le donne, ma gli stessi operatori sanitari, dello spazio in cui la nascita si fa esperienza umana e relazionale e non mera procedura tecnica. La richiesta di una sempre maggiore sicurezza e la gabbia legalitaria in cui il personale sanitario si trova ad agire rende ancora più asfittico questo spazio, come è puntualmente spiegato nell'introduzione di Patrizia Quattrocchi. La medicina ostetrica riconosce oggi l'importanza del rapporto madre-bambino nelle prime ore di vita e la necessità di recuperare la naturalezza di un atto fisiologico come il parto.

Tuttavia gli imperativi dettati dalla mancanza di personale e di tempo riportano indietro l'orologio e si 'mangiano' i diritti che le donne si erano faticosamente riconquistate nell'ambito della nascita.

Questo testo, pubblicato oggi, mette a fuoco l'atto di responsabilità e coraggio che le levatrici compivano insieme alle partorienti, affrontando difficoltà per noi inimmaginabili. Spero possa dare un contributo alla riflessione su questi temi.

INTRODUZIONE

Il tema della maternità, per la fortissima valenza simbolica e per il suo significato nel vissuto delle donne, rappresenta il codice primario di accesso e di interpretazione dell'universo femminile. La dea madre, la dea della fertilità e della potenza generativa, il ventre tondo, il vaso, il focolare, la terra, la caverna, sono simboli che accompagnano le civiltà e che compaiono in tutte le religioni, alludono a un potere e a un mondo ancestrali, sublimati e trasposti via via in differenti immagini e divinità. La Venere preistorica riaffiora sotto altra veste, si snellisce, partorisce, si ricopre di testicoli di toro o forse di uova, diventa santa, Madonna, piange sangue, produce miracoli, ancora oggi.

Da un viaggio recente a Parigi mi sono portata a casa una riproduzione della 'Venere di Lespugue' che risale al Perigordiano superiore, al 21000 a.C. La statuetta, come altre simili dello stesso periodo, rappresenta una donna esageratamente pingue il cui corpo, nella parte centrale, è perfettamente inscrivibile in un cerchio. Pancia, seni e glutei si sovrappongono in rotondità contigue e conseguenti. Le braccia scompaiono dentro il seno e il volto non è scolpito. Forme analoghe, che richiamano gli attributi della prosperità femminile si ritrovano ancora fino al 6000-5000 a.C., poi scompaiono, per lasciare il posto alla rigida statuaria delle civiltà guerriere.

Mi sono sempre chiesta quando è cominciato il cambiamento e perché, se è mai esistita un'epoca in cui il potere

femminile di procreare si è integrato alla potenza generativa della natura governando i principi della vita sociale. Se è mai esistito un gruppo umano in cui l'attributo di un genere non sia stato il dominio ma la reciprocità con l'altro genere. Quando ho partorito, ho sperimentato quanto sconvolgente e misterioso sia l'atto di mettere al mondo, ho capito perché il genere maschile l'ha temuto, controllato e sublimato, quanta forza possieda e come sia il fondamento di ogni altro possibile atto. Nella mia vita l'impulso a generare è stato più forte di altri bisogni e ha condizionato ogni scelta successiva. Sono approdata all'università dopo tre figli e vent'anni di lavoro come fisioterapista, perché nessun percorso è mai concluso. Il desiderio di conoscere mi ha sospinto verso le scienze umanistiche. Alla ricerca delle mie tracce ho incontrato quelle degli altri esseri umani e dei loro universi.

Attratta dall'antropologia, non potevo che completare il mio corso di studi con una ricerca che partisse dal mio vissuto. Il parto, esperienza corporea pregnante del femminile, con tutto il seguito di risvolti simbolici e sociologici, mi è sembrato il tema che sintetizzava i tre elementi più significativi del mio percorso: il corpo, ambito di cui finora mi sono occupata per professione; la cultura di genere, profondamente legata alla mia storia esistenziale; la dinamica umana inserita in un tessuto di relazioni sociali e in un territorio che da molti anni frequento e conosco.

La scelta di occuparmi del parto e delle pratiche e dei saperi a esso connessi è stata dunque semplice e nello stesso tempo stimolante. Partivo dall'esperienza personale, da una frequentazione dell'argomento: letture fatte ai tempi delle gravidanze, discussioni con i ginecologi per ottenere il rispetto di alcuni criteri durante la nascita dei miei figli, partecipazione in prima persona ai parti di altre donne.

Possedevo inoltre un bagaglio di conoscenze tecnico-scientifiche riguardo all'anatomia e alla fisiologia del corpo umano e alle patologie causate dalle sofferenze neonatali, di cui

mi ero occupata professionalmente: le problematiche mediche relative al parto mi erano dunque chiare e ben presenti. Da queste premesse non poteva che discendere la decisione di effettuare la ricerca sul campo e di attingere le informazioni attraverso l'inchiesta diretta rivolta ai soggetti attori della nascita: le donne che partoriscono e le donne che fanno partorire.

Dovevo però definire un ambito di ricerca che mi permettesse di raccogliere dati raffrontabili e omogenei, riferiti perciò a un periodo delimitato e a un'area specifica. Quello che mi interessava indagare erano pratiche e saperi legati alla tradizione pertinenti alla nascita. L'ipotesi da cui partivo era che nell'ambito del parto domiciliare fossero ancora presenti elementi provenienti dalla tradizione o comunque loro rielaborazioni, e che nascere in casa fosse in sé una pratica tradizionale.

Quando ho iniziato la ricerca, ero convinta che la consuetudine del parto a domicilio fosse scomparsa già negli anni Cinquanta e che quindi fosse molto difficile rintracciare le ostetriche che operavano in quel periodo. Ho dovuto ricredermi su entrambe le questioni.

Nascere in casa era normale fino al 1962, anno in cui fu stabilito, per legge, che il parto ospedaliero veniva sovvenzionato a tutti attraverso le casse mutue. Prima di allora solo chi pagava o aveva casse mutue privilegiate poteva partorire in clinica o in ospedale. Le ostetriche condotte, che assistevano i parti domiciliari, non erano dunque anagraficamente troppo anziane per essere rintracciabili. Se volevo intervistare donne che avevano partorito e ostetriche della stessa zona, dovevo delimitare il campo, individuare un'area limitata dove fosse possibile reperire contatti per un numero sufficiente di interviste. La scelta di una zona montuosa del Friuli era naturale, per la marginalità di quel territorio rispetto alla pianura, specie nel periodo che dovevo prendere in considerazione. Sicuramente era più facile trovare

sopravvivenze di usi tradizionali in montagna che non a valle. La mia conoscenza e frequentazione della Carnia ha reso più semplice la decisione.

Volevo ricavare informazioni sulle pratiche e i saperi inerenti il ciclo della nascita nella zona della Val Degano e della Valle del But, nel periodo in cui esisteva ancora l'assistenza domiciliare al parto, e ricercare tutti i possibili collegamenti fra questi e la cultura tradizionale.

Con la scomparsa dei parti a domicilio, svanirono non solo le azioni e i gesti che accompagnavano il venire al mondo, ma anche i rituali che lo segnavano e lo simbolizzavano.

Ho avuto la fortuna di incontrare, durante la mia ricerca, Maria Linda e Elena Magri, ostetriche ospedaliere a Tolmezzo nel periodo immediatamente successivo all'ospedalizzazione della nascita. Le loro testimonianze mi sono state preziose per ricostruire i mutamenti in ambito medico e nelle relazioni umane che si erano venute a creare in quel delicato momento di transizione. La situazione anomala che si era determinata a Tolmezzo a causa dell'assenza di un reparto di ostetricia permise la sopravvivenza, anche in struttura ospedaliera, di procedure e pratiche legate all'esperienza precedente, e ha reso le mie informatrici consapevoli e attente a segnalarmi le dinamiche e i nodi della trasformazione. La specializzazione del lavoro e la sua conseguente parcellizzazione, l'intromissione della tecnologia nel controllo e nella lettura dei processi fisiologici modificano nella sostanza le linee di condotta nella conduzione del parto e il lavoro delle ostetriche.

Le levatrici domiciliari da me intervistate, come mediatrici del rapporto fra scienza medica e popolazione, si ponevano in maniera collaborativa rispetto al medico condotto con cui erano a stretto contatto. Le ostetriche ospedaliere, invece, hanno dichiarato una certa insofferenza e conflittualità con la figura del medico che si intromette nel processo

fisiologico del parto e lo altera, modificando il vissuto della partoriente e dell'ostetrica stessa.

La ricerca è stata effettuata con il metodo della raccolta di testimonianze orali attraverso interviste aperte, non strutturate, effettuate sul territorio e registrate su supporto magnetico. Per ogni intervista mi sono recata a casa dell'informatrice, trascorrendo con lei alcune ore. Conoscevo in precedenza il territorio e alcune delle persone che ho intervistato. Il rapporto con le donne con cui sono entrata in contatto è stato facile e spesso umanamente coinvolgente, lasciando un segno nel mio vissuto. Mi hanno accolta tutte con molta disponibilità, dimostrando piacere nel raccontare le loro vite e le loro esperienze. La condizione di donna di una certa età, sposata con tre figli, mi ha senz'altro facilitato il compito. Mostrando di capire le loro esperienze e di dividerne i vissuti ho avuto accesso a una relazione di familiarità e confidenza. La mia presenza è stata il più possibile partecipante e in alcuni momenti il rapporto si è rivelato quasi di scambio. Su dieci interviste, quattro si sono svolte in italiano e sei in friulano per scelta spontanea delle intervistate.

Ho tenuto un diario in cui annotavo i dati relativi alle interviste e alle intervistate, le impressioni ricavate e la schedatura delle registrazioni per punti.

In alcuni casi ho scattato fotografie, ma avendo appurato che questo suscitava un certo imbarazzo non ho insistito. Ho raccolto le interviste a partire dall'agosto 2005 fino all'inizio di gennaio 2006.

Non ho utilizzato un questionario, ma una traccia di domande sugli argomenti fondamentali (gravidanza, parto e puerperio), che lasciava le mie informatrici libere di dire quello che credevano. Spesso siamo sconfinite nel racconto autobiografico attinente la sfera privata.

Le persone che ho intervistato avevano al momento della ricerca un'età fra i cinquanta e gli ottantacinque anni e testi-

monivano vicende comprese fra il 1942 e il 1979. La zona considerata è un'area montana della provincia di Udine che appartiene alla Carnia e include i comuni di Rigolato, Comeglians, Ovaro, Lauco, Socchieve e Sutrio. Le testimoni sono dieci donne, cinque ostetriche e cinque protagoniste del parto in casa.



LE
INTERVISTE



[Play]

Il parto di Esterina

Intervista n. 1

ESTERINA FACHIN, nata a Socchieve il 26.05.1932, residente a Villa Santina.

L'intervista si è svolta a Villa Santina il 16.08.2005 e il 13.12.2005. La testimone riferisce l'esperienza del suo parto avvenuto a Socchieve il 4.11.1950, della sua gravidanza e del puerperio.

Esterina racconta che negli anni Cinquanta, quando lei par-
torì, nei paesi tutti nascevano in casa. In ospedale andava-
no solo i signori o i casi urgenti. Per Socchieve l'ospedale
di riferimento era Tolmezzo, dove i parti difficili erano di
competenza della chirurgia. Ogni paese aveva la sua oste-
trica condotta; a Socchieve era una sua zia che abitava nella
frazione di Mediis. Il giorno prima del suo parto, dice Este-
rina: «*I ai fat una granda lava, cussì i vevi cambiât il jet, a era
dut net, dut a puest. I vevi mâl di schena, i soi lada a lavâ, i ai
fat pulizia*». Così la sera va a letto piena di dolori; non c'è il
gabinetto in casa, ma distante nel cortile. Alle tre e mezza
di notte si rompono le acque e suo marito parte a cercare
l'ostetrica «*Cui sci, a ploveva e neveava e nol tornava mai
dongje e intant mê madona a veva clamât una mê agna che
lava pas cjases. Chista femenuta, mê agna Rosina, mi à visitât
e a dit: – Viôt c'al nas subit... – Là sù, in chê volta a erin
vecjutas ch'a lavin a assisti encja cence la comari... a mi à fat
cjaminâ ator ator dal jet, ma jo no podevi cjaminâ, i eri goba
e dopo a è rivada la comari e mi a dât una tacia di vueli di riç,
robas di murî a bevilu*».

Con l'olio di ricino il parto procedette in fretta: sentì girarsi

la bambina che poi nacque in un momento, verso le cinque e mezza sei di mattina. Era il 4 novembre 1950. Esterina racconta che durate il parto era stata distesa sul letto e che c'erano due donne a tenerla per le braccia. «*Mê nona mi à cjapada sù la fruta tun peçot e intal grimâl e l' à puartada jù a bas tal cjalt par lavâla*». La misurarono a spanne, con le mani, era circa sui cinquanta centimetri e pesava, misurata con la bilancia a piatti, tre chili e seicento grammi.

La placenta uscì bene, ma l'ostetrica la tenne comunque sotto osservazione per qualche giorno, messa in un vaso sulle scale che portavano in soffitta; poi venne buttata via non si sa da chi. L'ostetrica tornò ogni giorno, per una settimana, a visitare la puerpera, a lavarla, a controllare lei e la bambina. L'indicazione era di attaccare il neonato al seno solo il secondo giorno, perché il primo latte non era ritenuto buono. La *comari* raccomandava di non alzarsi dal letto per una settimana: «*Sta cidina, viôt che encja se tu sês zovina, tu âs di stâ tal jet sîs dîs*». Esterina si alzò dopo quattro, cinque giorni, per accudire la bambina. Rispettò però il divieto di uscire di casa per quaranta giorni: non poteva oltrepassare la linea della gronda.

La bambina venne battezzata dopo quindici giorni alla presenza della zia, del santolo e del padre. La zia andò a prenderla con un *gei*, era una giornata molto fredda, e la strada che portava alla chiesa di Castoia era dissestata per lavori. «*Dopo mi pareva di essi fûr d'un pinsîr, i eri siora*». Dopo il parto la suocera lasciò Esterina per due giorni senza mangiare, perché non le venisse la *colorata* (ingorgo) al seno. Per fortuna il marito le portò un bottiglione di miele, preso da una famiglia che lo produceva, miele che era buonissimo e le diede forza. Letizia, una vicina che lei aveva aiutato a portare il fieno, per ringraziarla del favore uccise una gallina nera e gliela regalò per farne un buon brodo. «*A veva di essi nera, cu las plumas neras, par la lattante*». Durante il puerperio si alimentò con questo brodo esclusivamente

riservato a lei, con latte, formaggio, miele, qualche bistecca, patate, e bevve molta birra. Mangiò polenta tenera messa nel latte, un *zuf* fatto con la parte più liquida della polenta bollita a lungo. A lei erano riservate le arance che molti le avevano portato in dono, ma il cognato glielne sottraeva; a lei erano anche destinati tre pollastri che la madre aveva tenuto appositamente per il suo parto, ma la volpe se li mangiò proprio quel giorno. Sempre la madre le aveva preparato, come corredino, sei pannolini di flanella e sei di *teluta*, ma non si riusciva neanche ad asciugarli in tempo per servirsene, tanto era umido l'inverno.

«*A era miseria!*» dice Esterina. La culla le venne data sempre dalla madre che aveva avuto due bambine da non molto, una a 42 e l'altra a 43 anni. All'epoca avevano rispettivamente sette e otto anni, Esterina diciotto.

Fra i pochi donativi che le erano giunti, comparivano della lana e pezzi di stoffa per fare pannolini. Lei con quel poco si arrangiava, e lavorando a maglia riusciva a vestire bene la sua piccola. Dice che da quando si sapeva di aspettare un bambino, per tutta la gravidanza e anche dopo, si andava a pregare Sant'Anna e si portava l'olio per accenderle una candela. Alla fine del puerperio bisognava recarsi dal prete, che apriva la porta della chiesa e *tirava dentro* la donna. Ricorda di esserci andata accompagnata dalla sorella di otto anni. «*E dopo i eri fûr d'un pinsîr*». Racconta di non aver mai fatto una visita ginecologica in tutta la gravidanza, di aver lavorato fino all'ultimo momento e di essersi sbagliata di due mesi sulla data del parto, avendo scambiato delle perdite per mestruazioni. Esterina aveva tanto latte, ma la bambina non cresceva bene, perciò doveva aggiungere del latte di mucca; andava a prenderlo in una famiglia, un litro al giorno, in modo che fosse sempre dello stesso animale. Lo allungava con acqua dove era stato cotto orzo non brillato. La figlia riprese a crescere benissimo: a nove mesi pesava già tredici chili. Una volta però, le diedero il latte di un'altra

mucca, che aveva appena partorito. Il latte non era buono, la bambina si ammalò di gastroenterite e rischiò la vita. Il medico disperava di salvarla ma, curata con farmaci e pastiglie di saccarina, la piccola si riprese; era quasi un miracolo, l'avevano già data per morta. Esterina mise una candela alla Madonna sotto il letto della bambina; quando la figlia si riprese la candela si era spenta. Morivano tanti bambini fino al Cinquanta, dopo, tutto cominciò a cambiare. Esterina era sola in quel momento, con la neonata; suo marito era partito per l'Australia. Quarantotto giorni per arrivare; rimase là tredici anni, spostandosi per tutto il continente. Infine, riuscì a costruire una casa in Nuova Guinea.

Esterina rimase con la suocera, *tant trista*, per sei, sette anni, poi emigrò in Svizzera, dove trovò un buon posto di lavoro. A questo punto ritornò il marito, per portarla, insieme alla figlia, in Nuova Guinea. Lei preferì rimanere in Svizzera, così anche il marito fu convinto a restare. La bambina nel frattempo viveva in paese, prima con la nonna, poi in collegio. Tutti questi problemi e sacrifici spinsero Esterina a non volere altri figli. Poi cominciarono le disgrazie: due anni dopo il ritorno, il marito ebbe un grave incidente sul lavoro, e per dieci anni non fece altro che entrare e uscire dagli ospedali per numerosi interventi chirurgici alle gambe. Quando finalmente rientrarono in Italia, la figlia, che nel frattempo si era sposata, aspettava un bambino. Lui ne era felice, desiderava goderselo come non aveva potuto fare con la sua bambina, invece morì d'infarto prima che nascesse.

Esterina commenta così la sua vita: «*Son tantas las robas, che no si pò contâlas*». Su sua figlia aggiunge la descrizione della grande passione per il bucato che aveva fin da piccolina: a tre, quattro anni lavava come un'adulta. Se lo spiega come un fatto quasi ovvio, visto che lei aveva tanto lavato fino al momento in cui la bambina era nata. Riferisce anche un altro episodio relativo all'influsso di quello che succede durante la gravidanza sulla salute del nascituro; sua madre



Esterina Fachin con la figlia Maria Linda, 1952.

era andata a far legna con lei e un'altra figlia più piccola, la quale, mettendo il piede su di un grosso serpente, rischiò di essere morsiata. La madre, incinta al quinto mese di gravidanza, per lo spavento si sentì male, e il feto morì. Ma l'ostetrica, che non riuscì a capirlo, sostenne che andava tutto bene e la mise a letto per un mese. Quando arrivò il medico, alla fine, la situazione era così grave che le dovette fare un raschiamento *a crût* e tirar fuori il feto a pezzi. Annunciò che non avrebbe potuto più avere figli. Invece nacquero le due sorelle più piccole di Esterina. Quell'ostetrica, commenta lei, «*no era brava*», la sua invece sì, e anche «*las vecjutas di esperiencia ch'a erin come la comari*». Tagliavano

il cordone ombelicale, osservavano la placenta, visitavano, come l'ostetrica. Racconta di un parto in cui *la comari* non era riuscita ad arrivare in tempo, «*sù pas mons*». Il bambino era morto e anche in questo caso lo avevano tirato fuori a pezzi. Ribadisce che in gravidanza nessuna si faceva visitare, non si faceva «*nuià, nuià, nuià*».



[Play]

Maria Linda: osterica a Tolmezzo

Intervista n. 2

MARIA LINDA, nata a Socchieve il 4.11.1950, residente a Roveredo in Piano.

L'intervista si è svolta a Villa Santina il 16.08.2005. La testimone riferisce la sua esperienza di ostetrica presso l'Ospedale di Tolmezzo dal 1972 al 1992.

Maria si è diplomata alla scuola di ostetricia di Udine nel 1972. Il corso biennale doveva essere preceduto da due anni di corso infermieristico, che lei ha svolto a Gorizia. È stata subito assunta dall'ospedale di Tolmezzo, dove erano in servizio altre due ostetriche. In precedenza, la levatrice era una sola, viveva in una casa vicino all'ospedale e veniva chiamata ogni volta fosse necessario, come un'ostetrica condotta, quale in effetti era.

La situazione dal 1972 al 1978, anno di istituzione del reparto di ostetricia a Tolmezzo, vide le ostetriche lavorare accorpate al reparto di chirurgia, dal cui primario dipendevano. Tutta la Carnia faceva riferimento a questa unica struttura, e l'unico ginecologo presente era appunto il primario. Le visite in gravidanza venivano svolte da lui o dalle ostetriche di paese. I casi segnalati come urgenti o a rischio venivano inviati all'ospedale di Udine. Comunque i parti si svolgevano senza la presenza del medico che di notte, a meno di casi gravissimi, non poteva essere chiamato.

Maria si ritrovò a dover gestire da sola il lavoro, affrontando i casi difficili con l'aiuto delle sole colleghe. Un'esperienza che la formò facendole acquisire competenze che presso un



Maria Linda con una compagna al corso per infermiera professionale, Gorizia, anni 1968-1970.

reparto avanzato di ostetricia non avrebbe mai avuto. Il medico era una figura assente. La procedura per un parto normale era la seguente: all'accoglienza non esisteva una cartella clinica ma una semplice scheda, la donna veniva interrogata sulla storia della gravidanza, che generalmente non era stata seguita in precedenza presso la struttura, poi veniva visitata dall'ostetrica e sottoposta a clistere e tricotomia.

Non esisteva la sala travaglio, le partorienti stavano nella loro camera. Venivano sollecitate a camminare e l'ostetrica,

sempre la stessa, le seguiva dall'inizio del travaglio e non le lasciava finché non avevano partorito. Le visitava di tanto in tanto, e auscultava il battito cardiaco del bambino con lo stetoscopio, perché il cardiocitografo non era ancora in dotazione al reparto. Se tutto procedeva normalmente e il battito del bambino era regolare, non veniva utilizzato alcun farmaco stimolante per le contrazioni uterine, e molto di rado c'era bisogno di effettuare l'episiotomia. Maria tranquillizzava le donne passeggiando con loro su e giù per il corridoio e stabilendo un rapporto di tipo personale. Le portava in sala parto solo all'ultimo momento. Quando si presentavano problemi di sofferenza fetale venivano usate l'esofoxina ed eventualmente la compositrina come stimolante uterino. I parti podalici si risolvevano per via naturale, a meno di presentazioni molto difficili. La durata di un parto, senza stimolazioni, era generalmente intorno alle cinque, sei ore. La collaborazione fra colleghe era totale, il rapporto con le donne durante la degenza diventava quasi amichevole, anche perché l'ostetrica svolgeva il ruolo di puericultrice e dava indicazioni sull'allattamento e la cura del bambino. La situazione cambiò radicalmente con l'istituzione del reparto di ostetricia e l'arrivo del nuovo primario nel 1978. L'indicazione era di tenere le donne bloccate a letto con il monitoraggio del battito fetale per tutta la durata del travaglio. Quando perdevano le acque, non potevano alzarsi neanche per andare in bagno, ossitocina ed episiotomia diventarono di routine. Il rapporto con le gestanti cambiò, non essendo più possibile seguirle in modo personale e continuativo fino al parto. Maria racconta le sue esperienze di parti podalici conclusesi tutte positivamente, a parte un caso in cui, pur con l'assistenza del medico, il bambino era morto.



[Play]

Eva Duria: levatrice a Comeglians

Intervista n. 3

EVA DURIA, nata ad Artegna il 29.11.1923, residente a Tolmezzo. L'intervista si è svolta a Tolmezzo il 13.12.2005. La testimone riferisce la sua esperienza di ostetrica condotta dal 1946 al 1985. Conduce per quattro anni la condotta di Aviano, successivamente quella di Pontebba e quella di Artegna, infine quella di Comeglians dal 1957 al pensionamento. Negli ultimi anni la condotta di Comeglians era unificata con quella di Prato Carnico, che si era quindi aggiunta alle sue competenze.

Eva conseguì il diploma in ostetricia, rilasciato dall'Università di Padova, nel 1946. Cominciò a lavorare nella condotta di Aviano e Marsure, dove esercitò per quattro anni. Successivamente si spostò a Pontebba e poi ad Artegna, finché, nel 1957, ottenne la condotta di Comeglians, che mantenne fino al 1985, anno in cui andò in pensione. Nell'ultimo periodo alla condotta di Comeglians venne associata quella di Prato Carnico. Nel periodo successivo all'istituzione delle USL le ostetriche condotte furono riutilizzate presso i consultori familiari. Eva dice che nei paesi della Carnia la consuetudine di partorire in casa è perdurata più a lungo che nel capoluogo di Tolmezzo. Comunque, anche dopo l'ospedalizzazione del parto, le donne chiamavano le ostetriche condotte per essere assistite in casa durante il travaglio, accompagnate poi in ospedale a partorire. L'ostetrica condotta era dipendente del Comune, pagata parte con stipendio fisso, parte con una quota di indennità per ogni parto seguito.

Eva, per far partorire le donne a domicilio, doveva preparare il letto in modo adatto: raddoppiare il materasso se faceva

conca, infilare qualche vecchia coperta ripiegata per fare spessore sotto il bacino. I suoi strumenti di lavoro erano: stetoscopio, forbici, pinze, siringhe garze, cotone, alcool. Quando arrivava in una casa bolliva tutti gli strumenti avvolti in uno straccio pulito.

Nel visitare la donna doveva tenere presenti quattro criteri semeiotici: l'osservazione della forma della pancia, la palpazione della stessa, l'auscultazione del battito cardiaco fetale, l'esplorazione interna manuale. Assisteva per l'intera durata del travaglio; ci voleva pazienza, qualche volta era molto lungo, si arrestavano le contrazioni e bisognava aspettare. Esistevano le iniezioni per stimolarle, ma lei non le usava, l'ossitocina le serviva solo per emostasi dopo il parto. Le donne prima del parto usavano prendere olio di ricino, che induceva o intensificava le contrazioni. Se il battito cardiaco del bambino era regolare, non interveniva mai. Abituamente utilizzava il clistere e la tricotomia, ma non ha mai fatto un'episiotomia, non ce n'era bisogno. Quando le partorienti si laceravano, metteva dei punti con le graffette. Di solito, durante il travaglio, faceva camminare le donne, ma spesso queste non lo gradivano. Le vecchie facevano star sedute le donne sopra un secchio pieno d'acqua calda e lei lasciava che stessero così se lo volevano. Usavano anche dare alla partoriente del cognac con zucchero e all'ostetrica della grappa, che lei però rifiutava sistematicamente.

Un travaglio poteva durare anche un giorno e una notte. Quando si rompevano le acque, auscultava il battito fetale e, se era troppo il tempo senza contrazioni, chiamava il medico che ordinava degli stimolanti, ma ciò accadeva di rado. Non le è mai capitato un caso di morte da parto del bambino. «I podalici me li sono sempre grattata io, il medico diceva: c'è tempo, c'è tempo».

I mariti, durante i parti, stavano il più lontano possibile, e in cucina c'era sempre una donna, una parente o una vicina pronta ad aiutare. Spesso c'erano vecchie, esperte, che ave-



Eva Duria con il suo diploma di ostetrica, al momento dell'intervista nel 2005.

vano imparato vedendo partorire. Arrivavano prima di lei, davano una mano, e lei le accettava con piacere, erano brave, discrete. Il cordone ombelicale si tagliava senza fretta: si lasciava che il sangue defluisse, che il bambino piangesse, e

poi lo si tagliava. Eva non sa dire che fine facessero le placente, ma suppone che venissero seppellite.

Le donne lavoravano anche durante le doglie iniziali e solo quando si approssimava il parto chiamavano l'ostetrica. Le vecchie raccontavano casi di donne venute giù dalla montagna con il neonato nel grembiule. Le gravide, nella sua esperienza, o abortivano o partorivano, neonati pretermine non ce n'erano. L'unico che ricorda era nato a Tualis negli anni Sessanta, in una sera che nevicava così forte che era mancata la luce. Eva aveva dovuto farsi quattro chilometri a piedi sotto la neve, con la lanterna, seguendo l'uomo che era venuto a chiamarla. Non c'erano mezzi per portare il prematuro al reparto di neonatologia di Udine, poiché il maltempo rendeva impraticabili le strade. Fortunatamente c'era nelle vicinanze un campo invernale di militari che avevano messo a disposizione una jeep riscaldata per trasportarlo, ma il bambino era morto ugualmente.

Nella condotta di Comeglians, quasi tutte le donne si facevano visitare durante la gravidanza, recandosi dall'ostetrica. Una volta una donna alla quinta gestazione si era fatta vedere prima del parto; Eva aveva capito che il bambino era messo trasverso, l'aveva avvertita che non poteva partorire in casa, ma doveva andare in ospedale per il cesareo. La signora aveva risposto che lei aveva partorito sempre a domicilio e così avrebbe fatto anche con questo. Le insistenze di Eva non l'avevano convinta, pertanto al momento del parto era ancora a casa. – Per l'amor di Dio, è ancora qui?! – aveva chiesto Eva, e la donna: – Non stia ad aver paura –. Visitandola, aveva poi dovuto constatare che il bambino, in effetti, si era girato e si presentava normalmente.

Anche minacce di parto pretermine, secondo Eva, allora non ce n'erano, e se ogni tanto le donne si lamentavano di contrazioni uterine, lei raccomandava loro un periodo di riposo e la cosa finiva lì. Dopo il parto prescriveva di stare a letto otto giorni, ma l'interdizione a uscire per tutto il tem-

po della quarantena, secondo lei, non veniva rispettata; la cerimonia della benedizione avveniva sì, ma solo in montagna. Di solito lei non vi partecipava, mentre spesso presenziava al battesimo. Dopo la nascita seguiva il bambino, dava indicazioni sulla crescita e sull'allattamento, che, secondo l'orientamento pediatrico del periodo fascista, doveva essere a orari fissi. Durante il puerperio si pensava che la donna fosse più delicata, che non dovesse prendere freddo né stare nelle correnti o con le mani nell'acqua. Dopo i parti Eva rimaneva in amicizia con le donne, la maggior parte delle quali, fino agli anni Sessanta, preferiva partorire in casa ed era diffidente verso l'ospedale. Ricorda anche che le sue nonne riferivano la consuetudine di partorire accuciate con un lenzuolo steso a terra, tenendosi con le mani alla sponda del letto oppure alla catena del focolare.



[Play]

Elena Magri: un parto sotto la nevicata

Intervista n. 4

ELENA MAGRI, nata a Pontebba il 16.11.1952, residente a Tolmezzo. L'intervista si è svolta a Tolmezzo il 13.12.2005. La testimone riferisce la sua esperienza di ostetrica presso l'Ospedale di Tolmezzo dal 1975 al 1993.

Elena ha cominciato a lavorare all'ospedale di Tolmezzo nel 1975, quando ancora non era stato istituito il reparto di ostetricia. Il primario di allora, che era anche chirurgo generale, raccomandava di 'non tagliare' e di non creare lacerazioni. Lei e le colleghe dovevano arrangiarsi da sole in tutto e per tutto: una grande responsabilità, ma estremamente gratificante. Cercavano di assistere le donne senza intervenire, non era ancora entrato in uso il cardiocitografo e gli atti medici erano quelli strettamente indispensabili. Anche nei casi di rottura precoce delle acque la stimolazione non veniva utilizzata se il battito cardiaco del bambino era regolare e il liquido amniotico rimaneva limpido. Si sapeva che il travaglio sarebbe stato più lungo, ma si aspettava. Quando invece c'erano segni di sofferenza fetale venivano utilizzate le compresse di compositrina.

Durante il travaglio le donne erano libere di camminare; solo se il liquido amniotico perso era molto e la dilatazione avanzata era considerato pericoloso stare in piedi per il rischio di prolasso del funicolo. I casi di complicanze venivano accompagnati dall'ostetrica a Udine in autoambulanza. Qualora fosse strettamente necessario veniva eseguita l'episiotomia, ma la sua sutura non era competenza dell'ostetrica, mentre



Elena Magri con sua madre Eva Duria, al momento dell'intervista nel 2005.

quella di una lacerazione lo era. Fatto, questo, contraddittorio, perché Elena afferma essere più complessa la sutura di una lacerazione che di un taglio netto come l'episiotomia. I bambini in presentazione podalica nascevano per via naturale; i suoi parti podalici si conclusero tutti positivamente, tranne uno. La morte del bambino era comunque considerata un evento possibile, e accettata come tale. Le ostetriche avevano molta responsabilità, ma potevano gestire il rapporto con la donna dall'inizio del travaglio alla fine del parto, e anche successivamente seguendo l'allattamento. Elena ritiene che dare indicazioni troppo rigide sull'allattamento sia sbagliato. L'importante è che la madre si senta tranquilla e trovi un equilibrio con il bambino; il numero e la frequenza delle poppate sono secondari.

Aveva grandi soddisfazioni dal suo lavoro. L'ostetrica era ancora considerata una persona importante, come lo era in paese in precedenza. Il grande cambiamento avvenne nel 1978 con l'istituzione del reparto di ostetricia e ginecologia: il nuovo primario diede direttive diverse a cui le ostetriche furono obbligate ad attenersi. Le nuove indicazioni erano: fleboclisi di ossitocina a tutte le partorienti per accorciare il travaglio e monitoraggio continuativo del battito fetale con cardiocrografo. Le donne erano costrette a stare ferme nel letto con contrazioni frequenti e dolorose. «Tutta questa stimolazione, sempre la donna a letto, sempre questo cardiocrografo, sempre con questo battito, era veramente un'ossessione per la donna e per l'ostetrica», racconta Elena, e aggiunge che il cambiamento è stato radicale. Durante il travaglio e il parto la figura del medico era sempre predominante. Elena si chiede che cosa rappresenti ormai l'ostetrica, dato che il suo ruolo è cancellato, annullato sia dalla presenza di troppi medici sia delle stesse ostetriche che, in tante, non hanno più la possibilità di seguire le partorienti in modo personale. Il rapporto prima era completamente diverso, confidenziale, familiare. Ha dei ricordi molto positivi dei suoi primi anni di lavoro, ma nessun rimpianto di essere andata in pensione. Pensa che oggi si sia persa questa relazione con la paziente e anche l'operatività pratica, perché ci si affida alle apparecchiature e non si fa più semeiotica. L'osservazione è scomparsa. Dice: «Un atto fisiologico come il parto non si può medicalizzare all'estremo». Osserva che la diminuzione delle patologie e delle sofferenze neonatali non è dovuta alle procedure di parto, ma al miglioramento delle condizioni di vita e all'attenzione con cui si seguono oggi le gravidanze. Il parto è un evento fisiologico e lo si è fatto diventare patologico. Racconta di una collega che aveva studiato in Francia e che diceva che le donne orientali partoriscono accovacciate, con molta facilità.



[Play]

Gisella Florit: un parto gemellare

Intervista n. 5

GISELLA FLORIT, nata a Lauco il 18.06.1921, residente a Lauco. L'intervista si è svolta a Lauco il 15.12.2005. La testimone riferisce la sua esperienza di ostetrica condotta a Lauco dal 1946 al 1986.

Gisella comincia l'intervista raccontando la sua vita. La sua famiglia emigrò anteriormente alla Prima guerra mondiale in Svizzera, a San Gallo, e lì nacquero i suoi tre fratelli. Allo scoppiare del conflitto il padre fu chiamato al fronte, quindi costretto a rientrare a Lauco, paese di origine, con tutta la famiglia. Ritornò dal fronte nel 1920 e nel 1921 nacque Gisella. Il genitore decise di ripartire con i figli maschi, questa volta diretto in Francia; dopo sei mesi aveva già un lavoro e una casa a Parigi e riuscì a farsi raggiungere dalla moglie e dalle figlie.

Allo scoppio del secondo conflitto mondiale pensarono fosse meglio rimpatriare, sperando di trovare in Italia una situazione più tranquilla, ma i figli più grandi decisero di restare a Parigi. Gisella invece seguì i genitori interrompendo gli studi e approdò a Lauco a quasi diciotto anni, senza sapere una parola di italiano. Conosceva solo il friulano e il francese e si trovava nella necessità di conseguire un titolo di studio. Sostenne da privatista l'esame di licenza elementare in una caserma insieme a soldati analfabeti e quello delle superiori al Malignani, unica donna fra tutti gli studenti. Poi si iscrisse alla scuola di ostetricia a Udine, presso la quale rimase come interna durante la guerra. Nel 1945 conseguì il diploma di ostetrica.



Gisella Florit, al momento dell'intervista nel 2005.

Nel 1946 cominciò a lavorare a Lauco, ma nel 1947 ebbe un gravissimo incidente stradale con fratture multiple al cranio, cui seguì un'afasia che impiegò quattro anni a recuperare. Il suo lavoro era estremamente faticoso: il comune di Lauco comprende frazioni sparse in un territorio di molti chilometri, raggiungibili a quei tempi solo a piedi, e numerosi stavoli ancora più isolati. Le capitava di dover assistere contemporaneamente più donne nella stessa notte o giorno-

ta, e se abitavano ai capi opposti del territorio, era costretta a camminare per ore da un luogo all'altro: da Chiassis a Buttea ci sono tre ore di cammino e poi altrettante per tornare a controllare la puerpera che aveva già partorito. A trentacinque anni, per lo stress, fu operata per un'ulcera perforata, ma sei mesi dopo riprese a lavorare.

La situazione logistica delle frazioni la costringeva a risolvere a domicilio parti considerati ad altissimo rischio. D'altronde il trasporto fino all'ospedale di Tolmezzo era quasi sempre ancora più pericoloso, per le distanze e l'impraticabilità delle strade. Le donne non si facevano mai visitare durante la gravidanza e non c'era modo di evitare le complicanze con ricoveri preventivi. Tante volte cominciavano ad avere le prime doglie nei prati, mentre lavoravano. Quando la levatrice veniva chiamata, era spesso troppo tardi.

Gisella descrive così le condizioni in cui doveva lavorare: «*Intes stalis di bessole, cence lûs pas stalis, e erin ducj cence lûs... il lûsor cul ferâl... e vignivin a judâ... a 'nd ere int pardut, encje lontan, encje in stalis, in chê volta a 'nd ere int pardut, savevint, dutes chês femines*». C'era sempre gente nei paesi; in occasione di un parto arrivavano tutte le donne della borgata, si aiutavano l'una con l'altra, c'erano donne esperte, brave a risolvere da sole i parti quando l'ostetrica non riusciva ad arrivare in tempo. Qualcuna teneva la lanterna per far luce, qualche parente bolliva l'acqua da basso in cucina, qualcun'altra aiutava la partoriente nel travaglio, tutto il vicinato era mobilitato.

Gisella arrivava con tutto l'occorrente: lo stetoscopio, le siringhe, le pinze, le forbici, le garze, l'alcool, i guanti (che aveva difficoltà a trovare, perché aveva le mani molto piccole). Il filo per legare il cordone ombelicale spesso non era reperibile, perché bisognava andare fino a Tolmezzo a comprarlo, allora si arrangiava con il *fil tuart* dei *scarpets*. Aveva una tecnica personale per legare il cordone ombelicale: lo chiudeva con un nodo doppio da marinai. Non faceva mai tricotomia e clistere. Preparava il letto da parto con l'asse per lavare, una



Gisella Florit, premiata con il *Mus d'aur* ai Colonos di Villacaccia di Lestizza nel settembre 2007. Il riconoscimento viene assegnato a chi ha lavorato con determinazione, lontano dai riflettori, contribuendo a favorire la crescita umana, sociale e culturale della comunità in cui vive.

vecchia coperta arrotolata da mettere sotto la schiena della partoriente e qualche lenzuolo di quelli più consumati per la zona del parto; la biancheria era sempre pulitissima ovunque e profumava di lisciva. I primi tempi, negli stovoli più sperduti, aveva visto le donne partorire accuciate nella cenere e questo le aveva suggerito che la gravità aiuta l'espulsione del feto. Così aveva deciso di far partorire in ginocchio. Era scomodo, naturalmente, per chi assisteva, ma bisognava pur aiutare le donne in qualche modo, quando il travaglio stentava a progredire. Precisa che, se la presentazione era cefalica, le contrazioni buone, la dilatazione anche, metteva le donne in ginocchio fino a quando la testa del bambino era scesa, e solo allora le faceva stendere sul letto. Le lacerazioni erano molto rare, perché non doveva usare quasi mai stimolanti uterini. La dilatazione avveniva con la posizione inginocchiata. Inoltre, aveva imparato una tecnica di avvicinamento dei lembi vaginali che permetteva quasi sempre di evitare gli strappi. Se la partoriente era prossima al parto, o se si trovava in una frazione distante, Gisella si fermava presso di lei, portandosi, se era il caso, il lavoro a maglia. Anche qualora il parto fosse aperto, con rottura del sacco amniotico, se il battito cardiaco del bambino era regolare non interveniva, ma aspettava pazientemente.

La placenta veniva consegnata a un uomo di casa che la seppelliva. Dopo il parto Gisella diceva alla madre di restare a letto per otto giorni, durante i quali andava a visitarla ogni giorno. Se una donna produceva tanto latte, prelevava quello in eccesso e lo portava alle puerpere che ne avevano poco. Il neonato veniva attaccato subito al seno, e otto donne su dieci allattavano. Ricorda tante mastiti e anche casi di aborti spontanei a quattro, cinque mesi di gestazione. Racconta la storia di alcuni parti 'impossibili' che si è trovata ad affrontare: una volta aveva dovuto arrampicarsi fino alla frazione di Vinaio sotto una nevicata, seguendo i due giovani che erano venuti a chiamarla. Loro avevano il passo lungo e lei la gamba corta, e le loro impronte nella neve le erano solo

di impedimento. Dopo due ore di cammino arrivarono che il parto era già avanti. La accolsero con un: «*Stiore comari, finalmente!*». La situazione era delle più disperate: un parto gemellare in una quarantenne con gestosi all'ottavo mese. Nel giro di quattro ore la donna partorì entrambi i bambini, senza conseguenze per la salute di nessuno. Finito il lavoro, Gisella svenne per la fatica e la tensione.

Un caso analogo accadde in uno *stali* a Buttea, frazione ancora più irraggiungibile. Si trovò di fronte una donna al quinto figlio, con il parto già iniziato e un'emorragia in atto per placenta previa. Il rischio di morte per madre e bambino in questa situazione era reale. Capì che se avesse cercato di trasportare la partorientente a Tolmezzo «*no la salvi, chê e je pocje ma sigure, chi, pocjes probabilitâts, ma pos salvâle, i scuen rangjâmi*». Infatti, il bambino riuscì a sfondare la placenta e nacque vivo, con la placenta come un collare intorno al collo, e l'emorragia si fermò. Il medico di Lauco le dava il suo pieno sostegno, ma nemmeno lui quando serviva riusciva ad arrivare in tempo. Una volta, infatti, Gisella si trovò con un'emorragia da parto che non riusciva a fermare. Dovette entrare con il pugno all'interno dell'utero e, schiacciando la mano contro l'altra posta all'esterno, tamponò l'epistassi fino a che non giunse il medico per fare il raschiamento.

Emblematico del lavoro di Gisella è il primo parto cui ha assistito nel 1942, quando era ancora allieva. La vennero a chiamare per una nascita, ma lei rispose che non poteva, non era in grado, e non aveva nemmeno il materiale necessario. Le risposero: «*E nissun, isel miôr?*». Allora si decise, andò, chiese un paio di forbici, del filo di quello che usavano per fare *scarpets*, dell'alcool e del cotone, sterilizzò con il fuoco i pochi strumenti e fece nascere una bambina. Nell'ultimo periodo di lavoro, quando i parti erano ormai tutti in ospedale, Gisella accompagnava le donne e le assisteva ugualmente durante il travaglio, sia in casa prima, sia in reparto dopo. È rimasta in ottimi rapporti con le donne che ha seguito ed è amata e conosciuta in tutto il paese.



[Play]

Angelica Adami: le cure alla puerpera

Intervista n. 6

ANGELICA ADAMI, nata a Vinaio, frazione di Lauco, il 5.08.1941, residente a Lauco.

L'intervista si è svolta a Lauco il 15.12.2005. La testimone riferisce la sua esperienza di gravidanza, puerperio e parto, avvenuto a Lauco il 19.01.1962.

Angelica racconta il suo parto, avvenuto il 19 gennaio 1962 a Vinaio, frazione di Lauco. A quell'epoca aveva vent'anni ed era rientrata dalla Svizzera, dove lavorava, per far nascere il bambino a casa della madre. Al momento del parto aveva intorno a sé il papà, il marito, il nonno e il fratello, oltre alla mamma, alla zia, a una cognata e a una vicina di casa. Gli uomini erano molto solleciti nell'assistere; il fratello andò a chiamare l'ostetrica, tutti e quattro andavano e venivano dalla sua stanza durante il travaglio per consolarla, incoraggiarla, darle un bacio, tanto che Gisella Florit, l'ostetrica, li richiamò: «*Lassaitla, no steit a lâ che la figotais*». Il parto si era aperto già il giorno prima. Ad Angelica sembrava di fare pipì continuamente da tutto il giorno, perciò chiese consiglio alla vicina che esclamò: «*Joi! Tu âs mâl di parturî, tu lu âs pront!*». Ma lei, non sentendo dolore, volle finire di sistemare il corredino per il bambino e si mise a stirare. Verso sera incominciarono i dolori, arrivò la cognata che, avendo avuto tre figli, reputò fosse tempo di bollire l'acqua per il parto. Nel frattempo, il fratello si recò a Lauco a chiamare la levatrice. Era gennaio, c'era la neve, ci voleva un'ora ad andare e un'ora a tornare. Il padre riscaldò la camera con una stufa a gas. Angelica non si era mai fatta visitare durante la gravidanza,



Angelica Adami con il figlio, 1964.

anzi aveva lavorato tutto il periodo aiutando la madre in campagna e trasportando pesi nel *zei*, ma la levatrice, se la incontrava per strada, si informava sulla sua salute. La gravidanza non si doveva mostrare, e c'era una vestaglietta apposita per la partoriente che nascondeva la rotondità della pancia. Quando arrivò, l'ostetrica la visitò e le sconsigliò di mettersi a letto: «*Se tu vâs tal jet, no tu ti jevis plui*», ma Angelica stava malissimo e si ritirò in camera, dove gli uomini si diedero il turno per confortarla.

Da mezzanotte il male si fece intenso. L'ostetrica si era fermata in casa ad aspettare, e alle quattro e mezza era giù

dabbasso, in cucina, quando Angelica la chiamò. Il parto era pronto: il bambino nacque alle cinque senza che la madre subisse lacerazioni. La nonna, la cognata e l'ostetrica si occuparono di *cjapâ sù il frut* e di lavarlo. Benché tutto fosse andato bene, Angelica piangeva perché avrebbe voluto una femmina, e gli uomini accorsero a consolarla. «*Al era dut un amôr*», commenta.

Il padre scavò una buca profonda nel campo e seppellì la placenta. Il giorno dopo la madre e la zia andarono fino al torrente Vinadia per lavare la biancheria del parto, e dovettero addirittura rompere il ghiaccio, da tanto freddo faceva. Angelica precisa che «*la roba da partorient bisugnava lavâla cussì*», mentre il bucato normale si faceva *tal podin cu la lisciva* e si risciacquava con l'acqua che il marito andava a prendere alla fontana. Per i primi due giorni non si doveva attaccare il bambino al seno, perché il latte non era buono, ma c'erano alcune donne che venivano a *gjavâ il lat*. Succhiavano il seno per togliere il primo latte, qualcuna lo sputava, qualcuna lo inghiottiva. Angelica dice di essere stata fortunata, perché aveva la mamma ad aiutarla e non la suocera; lei aveva lavorato tanto nei campi prima del parto per aiutare la madre, ma dopo la nascita del bambino aveva ricevuto un grande sostegno.

Per otto giorni dopo il parto non doveva alzarsi dal letto e per quaranta non doveva uscire di casa. «*La regula che no si podeva jessi, jo l'ai rispetada, dopo cuaranta dis i ai podût jessi, i soi lada in glesia e mi àn tirada dentri cu la cjandela*». Il battesimo venne celebrato lo stesso giorno della cerimonia della purificazione. Angelica si recò in chiesa accompagnata dal marito, che di lì a poco ripartì per la Svizzera. Per il battesimo venne organizzata una grande festa, anche perché quella del matrimonio, celebrata in Svizzera senza la presenza del padre e del fratello, era stata di tono dimesso. Questa volta poterono invece partecipare tutti i parenti. Per l'occasione il padre allestì e cucinò un grande pranzo in casa. «Per

le partorienti e si veva il mangjà speciâl, roba di una volta», spiega Angelica. Si faceva il brodo di gallina, il maiale invece era sconsigliato perché troppo grasso: benché l'avessero appena ucciso, la madre le raccomandò di non mangiarlo.

Le facevano bere molte spremute di arance, *roba cjara* che arrivava con un camion e che il padre comprava per lei. Faceva bene bere molto latte di mucca e molta birra, per far aumentare la lattazione. Fra i cibi più adatti alla puerpera Angelica elenca «*l'aga brusada, la sopa, la panada gratada, la panada bulida e il zuf*». *L'aga brusada* si fa con la farina bianca tostata nell'*ont* e poi stemperata con l'acqua, la *panada gratada* con il pane grattugiato a cui viene aggiunta l'acqua e un po' d'olio o di *ont* dopo la bollitura. La *panada bulida* prevede invece l'ammollo del pane per due ore e la successiva bollitura lenta del tutto. Quando è cotta va sbattuta bene con il cucchiaino di legno fin che risulta omogenea. La *sopa* viene preparata col pane raffermo tagliato a tocchetti a cui viene aggiunto brodo di dado o di carne, infine formaggio grattugiato e un po' di *ont*.

Angelica ricorda di aver mangiato molta *sopa* durante il puerperio. *L'aga brusada* veniva usata anche per lo svezzamento del bambino, e pure il *zuf* si dava al *frutin*. Il ciuccio per il neonato veniva preparato con un fazzoletto bianco, riempito in parte di *ont* e zucchero, legato con *fil tuart*. Il bambino veniva messo nella *coscia* (cesta). Angelica aveva preparato il materasso con le foglie delle pannocchie più pulite. Osserva che chi non aveva la culla teneva i neonati a dormire nel letto matrimoniale, dove però rischiavano di venire soffocati. Dice che una volta tanti piccoli morivano anche per scottature. Racconta che molte donne partorivano da sole nei prati, e che spesso erano costrette a portarsi dietro i bambini nel *zei* mentre andavano a lavorare nei campi. Al riguardo narra la seguente storia: una donna aveva lasciato il figlio su una copertina con il latte vicino e una scodella di *meste* (minestra di farina di polenta) mentre lavorava non distante. A

un certo punto sentì il bambino che diceva: «*Mangje meste, no bevi nomo lat!*». La madre andò a vedere cosa succedeva e scoprì che una vipera si stava bevendo il latte.

Nonostante fosse inverno, Angelica andava a piedi fino a Villa Santina con il bambino nel *zei* per controllarne la crescita, ricavando però consigli che le sembravano poco giusti. Le venne infatti raccomandato di passare al latte in polvere perché il suo sarebbe stato scadente. Lei invece ascoltò il suggerimento della madre e continuò a nutrire il piccolo con il suo latte e con la *panadute*. Dell'ostetrica Gisella Florit, «*tant cjara*», Angelica ha una così grande stima che perfino nel 1989, quando era ormai in pensione, la chiamò per visitare la nuora all'inizio del travaglio.

Intervista n. 7

LINA DURIGON, nata a Rigolato il 20.03.1920, residente a Chirignago (Ve).

L'intervista si è svolta a Udine il 26.12.2005. La testimone riferisce la sua esperienza di gravidanza, puerperio e parto, avvenuto a Valpicetto, frazione di Rigolato, il 15.11.1942.

Lina racconta del suo parto, avvenuto il 15 novembre 1942 a Valpicetto, frazione di Rigolato. Sposatasi nel febbraio dello stesso anno, Lina aveva continuato a vivere con la madre, perché il marito era a Roma per lavoro e lei, incinta, stava decisamente male. Non digeriva nulla, vomitava di continuo ed era deperita. Aveva una pancia enorme, beveva molta acqua, ma nessuno si preoccupava della cosa. Non c'era nessun riguardo particolare nei confronti di una donna gravida, nessuna visita medica da fare, nessuna attenzione nei lavori in campagna. L'unico magro privilegio era quello di un panetto in più nella razione alimentare giornaliera prevista in tempo di guerra.

Rischiò di farsi molto male cadendo da una scala, e comunque, nonostante questo e i suoi disturbi, la gravidanza arrivò al termine. Cominciarono le doglie e fu chiamata l'ostetrica. Dopo averla visitata disse che c'era tempo, tanto che se ne tornò a casa ad allattare il suo bambino. Nel frattempo Lina stava già molto male, mandò il marito, rientrato dalla capitale, a prenderle dei calmanti per i dolori, ma le doglie continuarono dalla sera fino a mezzogiorno del giorno dopo. Perse le acque, finalmente il bambino nacque, ma a questo



Lina Durigon con i figli gemelli e la cuginetta, 1944.

punto, invece di smettere, i dolori peggiorarono. Sentì un grande sommovimento nella pancia e capì di avere un parto gemellare. La levatrice confermò: ce n'era un altro, lei l'aveva capito subito, ma non gliel'aveva detto per non agitarla. Il secondo bambino era trasverso, per questo Lina non riusciva a digerire nulla, ora si era girato e lei aveva sentito così tanto male. L'ostetrica le fece una puntura di stimolanti per le contrazioni uterine, e le tre ore che seguirono furono un tormento che Lina ricorderà per tutta la vita. Il secondo bambino nacque più debole, con un pianto meno vigoroso, e venne subito battezzato dall'ostetrica. Per una settimana ci furono dubbi sulla sua sopravvivenza; non si attaccava bene al seno, ma in seguito si riprese ed entrambi vennero battezzati la domenica successiva.

Erano presenti il marito e i santoli, ma non ci fu una vera festa, perché in tempo di guerra c'era poco per tutti. Lina faticò a riprendersi: l'utero, che si era troppo dilatato, non riusciva a contrarsi e l'emorragia, dopo il parto, fu eccessiva. Era talmente debole che svenne accudendo i gemelli. Dovette stare a letto, ma nessuno le prescrisse nulla di più che il semplice riposo. Di latte ne aveva tanto, ma di forze poche, e si addormentava sui bambini, allattandoli. In casa avevano una mucca: latte, burro e formaggio non mancavano e nemmeno le verdure, ma lo zucchero sì. Dovendo svezzare i neonati le sarebbe servito, e quando una parente gliene portò in omaggio una scodellina per lei fu il regalo più prezioso. Lina poteva contare sull'aiuto della madre che durante il parto si prese cura del primo bambino, lo lavò, lo riscaldò, lo tenne con sé finché non nacque il secondo. Il giorno dopo lavò tutta la biancheria e aiutò la figlia a preparare alla buona un secondo corredino. Il primo era stato predisposto riutilizzando lenzuola lise per ricavare i pannolini, e camicie consumate per fare camicette e berrettini. Il secondo corredo, fatto in fretta con una stoffa d'occasione, si ruppe subito rivelando la sua scarsa qualità.

I bambini vennero fasciati per tutti i primi mesi di vita: le fasce, dice Lina, li protessero dal freddo. Piangevano molto, perché evidentemente avevano fame. Il ciuccio, preparato con tela bianca che conteneva del pane ammollato nell'acqua e un po' di zucchero, li faceva stare buoni. Altri rimedi erano la camomilla e il decotto di salvia ben zuccherati. Lina non ricorda di aver osservato quarantena e interdizioni durante il puerperio, anzi dice di non sapere che cosa fossero. Nemmeno della cerimonia della purificazione ha mai sentito parlare. Le placente furono seppellite.

Riferisce anche del parto di una sorella a cui ha assistito pochi mesi dopo il suo. La bambina era già morta in utero, ma l'ostetrica non se n'era accorta. La donna aveva subito il bombardamento della casa dove abitava, a Milano; sfollata a Valpicetto partorì con fatica, e la neonata presentava segni di macerazione della pelle che indicavano la morte precedente in utero. Lina fu impressionata dal modo in cui venne seppellita, in una zona marginale del cimitero, senza nome perché non battezzata. La sorella non fece una tragedia per la morte della bambina e successivamente ebbe altri due figli. Lina riferisce inoltre che questa sorella, che vive a Milano, si procurò degli aborti, per uno dei quali rischiò di morire.

Racconta casi di parti avventurosi: sua madre l'aveva partorita sul pianerottolo delle scale di casa, una conoscente aveva avuto il bambino su un mucchio di fieno, mentre era sul monte Talm per la fienagione. Un'altra sorella di Lina aveva partorito sulla slitta, mentre la trasportavano verso l'ospedale di Tolmezzo per un parto che non procedeva. Infatti era primipara e il bambino pesava oltre cinque chili. Dandolo alla luce si era notevolmente lacerata, ciononostante otto giorni dopo era già al lavoro nell'osteria di famiglia. Lina afferma di averla vista stare a letto solo i giorni successivi ai parti. Attualmente è viva e ha novantadue anni. Ai tempi di sua madre c'erano donne esperte in paese che

aiutavano a partorire; sua mamma era stata assistita nei parti da una zia, che era capace anche di fare medicazioni. C'erano persone che sapevano trattare i traumi con erbe o con la pece di un tipo di pino.

Lina non ha una grande stima della levatrice che l'ha assistita, specialmente dopo il parto della sorella. Riferisce che l'ostetrica precedente era brava e che accompagnava i bambini al battesimo, trasportandoli nell'arca battesimale. A lei, bambina a quei tempi, sembrava una bara. Ricorda anche che allora al battesimo seguiva un rinfresco nel bar del paese. Dice che in Carnia ognuno fa per conto proprio e che specie ai tempi dei suoi parti, a causa della guerra, la miseria era così tanta che nessuno dava niente agli altri. L'aiuto reciproco lo ha sperimentato più a Chirignago, dove vive adesso, che nel suo paese natale. Riconosce però che di fronte alle malattie e alla morte, più che in occasione della nascita, esisteva una catena di solidarietà e di vicinanza che coinvolgeva tutti i compaesani.



[Play]

Liliana Vanino: un parto ai tempi dei cosacchi

Intervista n. 8

LILIANA VANINO, nata a Paluzza il 22.09.1920, residente a Sutrio. L'intervista si è svolta a Sutrio il 27.12.2005. La testimone riferisce la sua esperienza di ostetrica condotta a Sutrio dal 1946 al 1985.

Liliana vinse il posto di ostetrica condotta a Sutrio nel 1946 e mantenne l'incarico fino al pensionamento, nel 1985. Racconta la sua pratica quotidiana: arrivava nelle case con la sua valigetta, a volte trovava già l'acqua bollita, altrimenti dava ordine di prepararla. Si curava di sterilizzare ogni cosa: bruciava il catino con l'alcool, bolliva gli strumenti avvolti in un panno e anche un piccolo asciugamano per la partoriente. Le donne nel suo comune si facevano visitare da lei durante la gravidanza, all'inizio e verso il sesto, settimo mese. Se riteneva fosse il caso, le faceva tornare anche al nono mese; secondo le sue stime l'ottanta per cento delle donne si controllava durante la gestazione. Nei primi dieci anni del suo lavoro assisteva dai venti ai venticinque parti l'anno. Dopo la riforma sanitaria del 1962, che prevedeva l'assistenza ospedaliera al parto gratuita per tutti, i parti a domicilio diminuirono progressivamente, ma Liliana continuò ad assistere le donne durante il travaglio e ad accompagnarle in ospedale a Tolmezzo.

Lì le ostetriche giovani parlavano dei fatti loro durante i parti, mentre lei, osserva, era abituata a stare vicino alla partoriente tutto il tempo e a parlare unicamente con lei. «*Mi à insegnât la comari vecje, di Paluce, braves vecjes che e savevint*



Liliana Vanino con altre due colleghe in divisa da ostetrica, 1938-1940.

plui di nou», commenta. Ma, aggiunge, lasciavano andare avanti i travagli troppo tempo. Una volta una collega più anziana l'aveva chiamata in aiuto per un parto podalico, ma aveva aspettato troppo e il bambino era morto. Secondo Liliana i tempi normali di un travaglio erano allora di diciotto ore per una primipara e di undici ore per una pluripara. Per la fase espulsiva non dovevano superare le due ore. Se i tempi si allungavano, lei chiamava il medico condotto. Una sola volta le era capitato che un bambino fosse morto, non per il parto, ma per cause naturali precedenti, in utero. Un'altra volta una donna era morta di emorragia, nonostante fosse intervenuto il medico. Contro le emorragie Liliana usava l'ergotina e la borsa del ghiaccio. Osservava sempre molto attentamente le placente, le metteva in un secchio di acqua per controllare che non presentassero qualche problema. Quando era il caso, chiamava il medico per il raschiamen-

to, che veniva eseguito in casa dopo somministrazione di morfina come anestetico. Durante il travaglio aveva visto che «*Las femines e bolivin intal spolert camomile, melisse, mente, jebes cul strop, e butavin te sele, e fasevin montâ sù la femine*». Pensando fosse utile, chiese un'opinione al primario che le rispose: «Fanno bene, noi non possiamo fare tante commedie, il caldo dilata». Così Liliana lo adottò come metodo per favorire la dilatazione. Un'altra innovazione che introdusse di propria iniziativa fu di far partorire in cucina, con grande scandalo del prete, che lo trovava riprovevole: «*Guai se il frut al viôt!*». Le camere non erano riscaldate, ma il caldo era invece fondamentale per madre e bambino, perciò Liliana faceva portare in cucina la rete del letto, il materasso, e faceva partorire lì. Utilizzava il clistere all'inizio del travaglio, poi nessuno stimolante uterino, a meno di complicanze. Controllava il battito cardiaco fetale ogni quarto d'ora con lo stetoscopio e raramente si trovava di fronte a lacerazioni. Otto, forse dieci volte nella sua carriera ha dovuto eseguire l'episiotomia. Sutura con le graffette. L'ostetrica più anziana le aveva insegnato a prevenire le lacerazioni lubrificando la vagina con dell'olio in fase espulsiva. In tempo di guerra la sua zona era stata occupata dai cosacchi, e si era perciò trovata ad assistere ai parti delle loro donne. «*Las mongules no volevin stâ ponetis, si metevin nome impins*». Un'altra strana consuetudine delle cosacche era di ungere i neonati in tutto il corpo con del grasso e di dar da mangiare alla puerpera del pane nero con cipolla il giorno dopo il parto.

Liliana riferisce che le donne di Sutrio usavano bere dell'olio di vaselina ogni sera nei giorni precedenti il parto. La collega più anziana dava l'olio di ricino perché diceva che aiutava, lei lo somministrò rarissime volte. Per le presentazioni podaliche e trasverse fasciava l'addome con una garza raddoppiata sui due lati, in modo che il bambino fosse stimolato a ruotarsi; qualche volta questo metodo funzionava.



Liliana Vanino, al momento dell'intervista nel 2005.

Racconta che i bambini in posizione trasversa, prima che iniziasse a lavorare lei, morivano e venivano estratti a pezzi. Un tempo era frequente che le donne partorissero da sole. Dalle sue parti c'era anche chi cercava di abortire, con il prezzemolo oppure andando giù in pianura a farsi mettere delle sonde.

Durante i primi cinque giorni dopo il parto Liliana si recava dalla puerpera due volte al giorno, alle nove del mattino e alle quattro del pomeriggio, per controllare le condizioni della madre e del neonato. Toglieva il latte alle donne che ne avevano troppo e lo portava a quelle che ne avevano poco. A otto giorni i bambini venivano battezzati e la quarantena veniva rispettata. La *comari vecje* insegnava che durante il puerperio i pori sono aperti per quaranta giorni ed è facile prendere i reumatismi. In questo periodo bisognava avere l'aiuto delle altre donne per fare i bucati.

La puerpera doveva riposare, bere molto latte, mangiare latte e polenta, *panâdes*, *brût brusât*, bistecche, uova. Dell'abitudine ad aiutarsi reciprocamente, osserva che a Sutrio esisteva, mentre a Noiaris «*podevin crepâ*». Liliana accompagnava sempre le donne a ricevere la benedizione e i bambini al battesimo. Dalle sue parti non a caso l'ostetrica era chiamata *santule*.

Si spostava da un luogo all'altro sempre a piedi, d'inverno usava anche la slitta. I parti complicati venivano inviati a Tolmezzo o a Udine, ma ricorda casi di placenta previa laterale risoltisi bene e una presentazione di spalla che la fece diventar matta, tanto che dopo, per riprendersi, dovette farsi dare un «*tic di cognac*».

La storia di un parto, in particolare, le è rimasta impressa nella memoria. Era tempo di occupazione cosacca. Vennero a chiamarla, si recò all'albergo del paese dove la donna di un ufficiale tedesco stava per partorire. Era una giovane cosacca di diciassette anni, stava già spingendo, ma il parto era podalico e il bambino era molto grande – nacque di oltre quattro chili di peso. C'erano già segni di sofferenza fetale, e Liliana disse loro: – *Kinder kaput*.

Invece riuscì a farlo nascere, cianotico ma vivo. Il neonato si riprese in fretta, senza subire conseguenze. Anni fa le si presentò un bell'uomo sui cinquant'anni, per ringraziarla di avergli salvato la vita: si trattava di quello stesso bambino, che era riuscito a rintracciarla tramite i Fogolârs Furlans.

Intervista n. 9

LINDA FREZZA, nata a Verzegnis il 31.08.1923, residente a Ovaro. L'intervista si è svolta ad Ovaro il 4.01.2006. La testimone riferisce le sue esperienze di gravidanza, puerperio e parto, avvenute nel 1953 e nel 1958 a Ovaro.

Linda Antonina, che tutti chiamano Ninetta, descrive i suoi parti, avvenuti a Ovaro nel 1953 e nel 1958. Il primo parto iniziò alle undici di mattina; aveva appena finito di stendere al sole, dopo averle lavate, le foglie delle pannocchie che dovevano servire per riempire i materassi. La sua gravidanza non aveva presentato problemi, comunque si era fatta visitare due volte dall'ostetrica del paese. Quando le doglie iniziarono mandò a chiamare la levatrice, che venne, la visitò e decise di ripassare più tardi, perché il travaglio era solo iniziale. Cognata e marito, nel frattempo, facevano bollire l'acqua e predisponavano in casa l'occorrente. L'ostetrica al suo ritorno preparò il letto e non fece nessun tipo di intervento se non la tricotomia. Lasciava che il parto procedesse naturalmente, faceva coraggio, le diceva di non agitarsi, le massaggiava leggermente la pancia. Il bambino nacque la sera.

Il parto successivo, nel 1958, iniziò invece di sera e la bambina nacque la mattina. Anche questa volta la levatrice venne ma non si fermò, lasciò che il travaglio procedesse e ritornò più tardi. In nessuno dei due casi vi furono lacerazioni né problemi di sorta. I bambini furono entrambi allattati al seno, fino a nove mesi il primo, più a lungo la seconda. La



Linda Frezza, chiamata Ninetta, 1951.



Linda Frezza con il figlio Carlo, la cognata e la nipotina, 1955.

settimana successiva al parto l'ostetrica venne tutti i giorni a controllare le condizioni della madre e del neonato e a lavare entrambi. In casa si alternavano una zia e una sorella per dare una mano, per lavare la biancheria, per accudire la puerpera. Dopo il primo parto, avvenuto il 5 agosto, il battesimo fu impartito il 15 agosto, e immediatamente dopo Ninetta ricevette la benedizione rituale dal prete. Dovette attendere in fondo alla chiesa per tutta la durata del battesimo fino a quando, alla fine, il sacerdote andò a prenderla per accompagnarla all'altare per la benedizione. Non venne rispettata interamente la quarantena, ma fino a quando non

fu benedetta Ninetta dice che: «*No tu podevis jessi, i stavi a ce che mi disevin*».

Il bambino fu portato in chiesa dalla santola su un cuscino, anche l'ostetrica era presente alla cerimonia. Durante il puerperio non furono osservate particolari interdizioni, ma la levatrice raccomandava di non tenere troppo le mani nell'acqua per non prendere dolori, ed eventualmente di sfregarle con l'alcool. Il bambino veniva attaccato al seno il secondo giorno perché si riteneva che il primo il latte non fosse buono. Sua madre arrivava a trovarla da Verzegnis con la sporta piena di carne, polli, formaggio.

Ricorda l'ultimo parto di sua madre, avvenuto a ventun anni di distanza dal primo, il suo. Era il settimo figlio, nacque con l'aiuto di una donna esperta del vicinato, la levatrice arrivò soltanto quando il bambino era già nato. Ninetta riferisce anche di aver assistito al parto della cognata, qualche anno dopo il suo, e che le procedure furono identiche. Il travaglio fu lungo, ma l'ostetrica non ritenne che fosse il caso di intervenire né di chiamare il medico.

Intervista n. 10

NATALINA (detta LINA) LONGO, nata a San Vito di Fagagna il 10.07.1925, residente a Entrampo di Ovaro.

L'intervista si è svolta a Ovaro il 04.01.2006. La testimone riferisce le sue esperienze di gravidanze, puerperi e parti avvenuti a Ovaro nel 1946, nel 1948 e nel 1950.

Natalina, detta Lina, racconta i suoi parti avvenuti nel 1946, nel 1948 e nel 1950 a Entrampo di Ovaro. In tutti fu assistita dalla suocera e dall'ostetrica condotta di Ovaro. In quell'epoca nascevano molti bambini, c'era anche una levatrice in Baus (borgata di Ovaro), che esercitava, ma non aveva titoli. La suocera di Lina, Letizia Della Pietra, sapeva assistere le donne nei parti, aveva 'raccolto' cinquanta bambini nella sua vita. Anche ai parti di Lina era sempre presente e fece più lei dell'ostetrica che pisolava, tranquilla, ai piedi del letto. Lina ebbe parti facili e non si fece mai visitare durante le gravidanze. Sua suocera calcolava il momento della nascita in base alla luna. Quando un bambino era stato concepito con la luna piena, sarebbe nato con la luna piena al compimento dei nove mesi, inoltre il primo figlio avrebbe anticipato la nascita, mentre gli altri più facilmente l'avrebbero ritardata. La gravidanza era un momento gioioso, che si godeva preparando il corredo e pregando sant'Anna. Tutta la comunità partecipava alle nuove nascite e si rallegrava a vedere tanti bambini. Compiere lavori pesanti in gravidanza non era considerato pericoloso, infatti Lina andava a prendere l'acqua con il *buinç* anche negli ultimi mesi. Invece le don-

ne dovevano evitare di guardare brutte immagini e di avere sofferenze, perché questo avrebbe segnato negativamente il bambino. Pure l'andare a visitare malati poteva rendere il figlio più sensibile e preoccupato, mentre sarebbero comparse voglie sul corpo del bambino se alla madre fossero stati tenuti nascosti i cibi migliori. Era bene che negli ultimi mesi di gravidanza la donna non avesse rapporti sessuali e non facesse visite ginecologiche, perché avrebbero potuto 'infettare' il bambino. Le gravide mangiavano ogni sera la *panada* con un po' di olio per quaranta giorni prima del parto, in quanto aveva una funzione rinfrescante per l'intestino e facilitava il travaglio.

Il letto veniva preparato con le lenzuola più consunte, per non rovinare quelle buone e proteggere il materasso. L'acqua bollita veniva utilizzata anche per lavare la puerpera all'inizio e durante il travaglio. Lina partorì in posizione supina, la suocera diceva che solo le zingare partoriscono accucciate. La levatrice le eseguì solo la tricotomia e le consigliò di camminare di tanto in tanto durante il travaglio. Gli uomini non entravano mai nella stanza del parto, ma aspettavano fuori dalla porta, nei casi difficili pregando. L'ostetrica andava a lavare il bambino in cucina, dove faceva più caldo, e lo pesava sulla bilancia a piatti. La placenta veniva seppellita in giardino o nell'orto, essendo considerata un lembo di corpo umano. Il giorno dopo una parente andava a lavare la biancheria macchiata nel torrente Pesarina e per poter risciacquare bene il sangue la sbatteva sui sassi. Ai tempi di Lina le anziane raccomandavano alle puerpere di non uscire dalla *straceade* (linea della gronda) nemmeno per andare a stendere i pannolini. Le vecchie, e anche la levatrice, dicevano che la puerpera doveva stare a letto per otto giorni e che per lei 'le porte del paradiso sono aperte quaranta giorni'. Lei rispettò l'interdizione a uscire di casa fino ai quaranta giorni dopo il parto, e tutte e tre le volte si recò in chiesa per la cerimonia della purificazione. Dove-

va presentarsi davanti alla chiesa accompagnata da un'altra donna e aspettare che il prete uscisse ad accoglierle. Lì il sacerdote le benediceva e poi le accompagnava dentro fino all'altare della Madonna per la cerimonia della purificazione. Lina trova che fosse sbagliato considerare la donna come una peccatrice solo perché aveva partorito; a maggior ragione avrebbero dovuto esserlo gli uomini.

Intorno alle partorienti c'era molto aiuto e solidarietà. Lina racconta che ai tempi della suocera, che aveva avuto undici figli, le cognate della famiglia allattavano reciprocamente i piccoli quando dovevano allontanarsi per molto tempo per i lavori agricoli. Le madri ritornavano dal lavoro inzuppate di latte. I neonati venivano attaccati subito al seno e la madre doveva fare attenzione a non mangiare cibi il cui sapore ed effetto passassero nel latte. La puerpera doveva bere molto latte, mangiare purè, evitare il caffè e i rapporti sessuali. Per la sua alimentazione ma anche per lo svezzamento del bambino erano molto usati il *zuf* e l'*aga brusada*; per non formare grumi nel composto si utilizzavano come frustino le punte degli abeti giovani. Un rimedio molto efficace e molto usato per tutte le infiammazioni e anche per gli arrossamenti della pelle dei neonati era l'acqua di malva, ottenuta bollendone le foglie fresche. Nessun uomo toccava una donna prima che facesse la cerimonia della purificazione. Intorno alla madre e al neonato, i primi giorni dopo il parto, c'era molto riserbo e delicatezza, e bisognava rispettarne la quiete.



Liliana Vanino con altre allieve della scuola di ostetricia di Udine, anni 1938-1940.



Liliana Vanino con alcune compagne della scuola di ostetricia di Udine, anni 1938-1940.



Gisella Florit in divisa da ostetrica, volontaria nel convitto interno dell'Ospedale civile di Udine, anni 1942-1945. La scuola di ostetricia era ai tempi una sede staccata dell'Università di Padova.



Gisella Florit con altre due compagne della scuola di ostetricia di Udine, anni 1942-1945.



Le allieve ostetriche nel convitto interno dell'Ospedale civile di Udine, anni 1942-1945.



**NASCERE
NELLA
CENERE**



[Play]

L'episodio del serpente

1. LA TRADIZIONE: CONCEPIMENTO E GRAVIDANZA

IL PARTO, MOMENTO CRITICO NEL CICLO DELLA VITA

Il parto, come tutti i momenti cruciali del ciclo della vita, è un evento che coinvolge oltre agli attori primari – madre, bambino e levatrice – l'intera collettività rispetto alla quale la donna che ha partorito si trova a ridefinire il proprio ruolo, e il nuovo nato a sottostare ai riti necessari alla sua integrazione. Entrambi sono implicati in un processo che è al tempo stesso biologico, psicologico, sociale e culturale. Partorire significa per la donna aver portato a termine il periodo della gestazione in cui il rapporto fra lei e il nascituro avviene attraverso l'esperienza sensoriale e corporea, fin dall'inizio investita di una forte valenza simbolica e come tale caratterizzata da interdizioni, riti propiziatori, suggestioni, preoccupazioni, paure, aspettative e desideri che condizionano la sua percezione del bambino e ne plasmano l'immagine interna.

«La nascita è il primo mistero ed il primo modello iniziatico e dà origine ad un ciclo che riassume tutti i cicli (ontogenesi – filogenesi) e s'inarca nella specie» (Nicoloso Ciceri 2002, p. 77).

La nascita stabilisce un taglio, il primo, originario e definitivo che identifica il nuovo individuo come altro e colloca la nuova madre in una situazione di transizione, marginale, sospesa tra la condizione precedente ormai perduta e quella nuova ancora da definire.

La vita individuale si inquadra nella sintassi delle strutture comunitarie, con segni e cerimoniali in parte imposti dalle istituzioni civili e religiose, in parte discesi dagli antichi modelli comportamentali del proprio universo, che però, nel tempo, sono andati coagulandosi attorno ai riti istituzionalizzati (*ibidem*).

Nel contesto tradizionale precisi rituali fornivano gli schemi culturali di riferimento e il sostegno del gruppo per elaborare il passaggio e per formalizzare il cambiamento. La portata di questo momento è sottolineata dall'importanza delle interdizioni che riguardano sia la madre che il bambino e dal rilievo culturale e sociale di cui sono investiti i riti istituzionali di passaggio, la benedizione della puerpera e il battesimo.

La donna attraversa un periodo estremamente delicato dopo il parto, durante il quale è esposta a gravi rischi sia dal punto di vista fisico che psicologico. La percezione di questa fragilità è espressa nella cultura tradizionale dalla quarantena che pone la puerpera in una condizione marginale per tutto il tempo necessario alla sua protezione dalle forze negative e alla rielaborazione del suo nuovo ruolo di madre e di procreatrice. Quello che oggi è investito solo di significati medico-scientifici e definito come depressione *postpartum* (Romito 1992), anemia, carenza di ferro o come altri disturbi metabolici, era un tempo percepito come un momento critico nel ciclo della vita, riconosciuto e sostenuto in forme sociali condivise.

Ogni nuova condizione implica infatti in qualche misura la rottura con quella precedente, l'ingresso in un ambito di esperienza inedito ed una forma di spaesamento che richiede di rifondare la propria posizione e la propria presenza (la genitorialità ne è un esempio evidente). Proprio a sostegno della crisi e del rischio i momenti di passaggio sono ovunque, nei contesti tradizionali, ritualmente scanditi: il soggetto ha bisogno di attingere a schemi culturalmente codificati per canalizzare emozioni e risposte, per elaborare la transizione con il sostegno del proprio gruppo (Falteri 1977, p. 10).

La transizione dalla situazione *prepartum* a quella *postpartum* prevede il passaggio attraverso una condizione marginale e liminare che precede il ritorno alla normalità e la reintegrazione nella società. La quarantena e la purificazione rituale rappresentata dalla benedizione della donna in chiesa simboleggiano questo passaggio (cfr. Van Gennepe 1981). La nascita, la malattia e la morte sono i momenti cruciali di fronte a cui ogni cultura ha cercato risposte, elaborato pratiche e modi attraverso cui controllare l'incertezza e l'angoscia della perdita, la paura della situazione sconosciuta e incomprensibile. Questi momenti, definiti da Turner di *crisi vitale* (Turner 1976), richiedono meccanismi condivisi atti a renderli accettabili e comprensibili per la collettività. Le pratiche e i saperi, le credenze e i rituali intorno alla nascita e al parto fanno parte del patrimonio non scritto, ma trasmesso e condiviso di generazione in generazione, che rende ogni cultura sé stessa, ogni società un insieme capace di fronteggiare la pericolosità e le incognite dell'esistenza.

FECONDITÀ E STERILITÀ

Nella società friulana tradizionale, fino alla metà del secolo scorso, i figli erano considerati un bene che in una famiglia sana non poteva mancare, e perlomeno nella classe contadina dovevano essere numerosi (Nicoloso Ciceri 2002, p. 78). «*Si augurìn bone fortune, e fra un an ancje la scune e tolêt po ce ch'al ven*» (intervista n. 11 Longo) dice la rima popolare di buon augurio. Benché in questo lavoro non si voglia entrare nel merito degli studi demografici che riguardano il Friuli, va tenuto presente il diverso regime demografico che ha caratterizzato la regione alpina nel suo insieme rispetto alla pianura, poiché esso influenza la percezione che la comunità ha della maternità e della nascita.

L'emigrazione temporanea e stagionale (Ferigo 1998) ha un indubbio ruolo nel mantenere un regime demografico a bassa pressione anche nella nostra montagna come nel resto

delle Alpi. Tassi di mortalità e di natalità moderati danno per almeno due secoli, dalla metà del Settecento fino alla seconda guerra mondiale, livelli simili di incremento demografico in tutta l'area alpina, significativamente più bassi che nelle circostanti regioni di pianura (Viazzo 2001).

Tutte le informatrici da me intervistate concordano nel ritenere che quando una donna aveva quattro o cinque figli questi fossero molti, e solo quando si riferiscono a generazioni precedenti, nate tra il finire dell'Ottocento e gli inizi Novecento, riferiscono casi di famiglie più numerose con sei, sette o otto figli. Nel capitolo su *La nascita*, Nicoloso Ciceri, citando Braidotti, indica una tendenza a generare da dodici a sedici figli fra le donne contadine intorno a Udine nel decennio 1872-1882 (Nicoloso Ciceri 2002). Certamente, come bene esplicita l'ostetrica Liliana Vanino: «È meglio avere cinque figli che cinque case»¹.

«Per aver figli, in ogni zona c'era qualche chiesa, qualche santo cui votarsi» (Nicoloso Ciceri 2002, p. 79); «Nelle Valli del Natisone, le spose giovani pregavano S. Leonardo, le più mature S. Anna. Anche la vergine S. Margherita trovò posto tra i santi ausiliatori come patrona delle partorienti perché ingoiata da un drago, ne usciva indenne ad opera di S. Giorgio» (Nicoloso Ciceri 2002, p. 126).

Pratiche devozionali legate alla preservazione della fertilità femminile sono attestate fin dall'antichità e trovano rimando in una logica di corrispondenze simboliche tra cosmo, natura, uomo e società. La sterilità è spiegata (e curata) in relazione all'ordine cosmologico (omologia con il ciclo della natura), religioso (punizione per un peccato commesso), sociale (violazione di norme condivise), magico (attacco di stregoneria), in un contesto in cui «le sfere del fare pratico, terapeutico, sociale, religioso-rituale, segnico-comunicativo non sono distinte ma sovrapposte e interconnesse» (Gri 2001, p. 109).

¹ Intervista n. 9.

In questa rete di relazioni reciproche tra cicli naturali e cicli umani, l'acqua – fonte di vita e motore di crescita – ha un ruolo importante fin da epoche remote, come ci attestano i culti pagani nei pressi del fiume Livenza (Begotti 2000). Sorgenti e fonti purificano, riproducono e curano: rendono fertile la donna sterile (come rendono fertile la Terra) e ne nutrono i frutti, stimolando la produzione del latte materno. L'omologia tra la fertilità della Terra, espressa nelle figure votive di dee-madri dalle forme generose, cede il posto in epoca cristiana a culti in onore della Madonna e dei santi. S. Anna, S. Leonardo, S. Agata, S. Margherita, S. Eufemia convogliano su di sé antiche devozioni [...], diventando protettrici del parto e della nascita. Nei dintorni dei centri cultuali si edificano chiese e cappelle (come la chiesa della Santissima Trinità di Polcenigo) dove le donne accorrono per una preghiera, per un'offerta o per un'abluzione rituale (Quattrocchi 2005, p. 128).

Una correlazione fra acqua, elemento femminile e fecondità appare anche nell'utilizzo rituale dell'aratro, attrezzo di pertinenza maschile, attestato in Friuli in una denuncia del 16 giugno 1624 inviata dal curato di Palazzolo dello Stella all'inquisitore: nel suo uso inverso e speculare, trascinato da donne, di notte, e nascosto nell'acqua, diviene un potente simbolo di fertilità, rimedio per far venire la pioggia (Gri 2001, pp. 86-87). Analogamente de Martino riferisce che in Lucania, a Grottole, viene posto sotto il letto a garanzia della fecondità delle nozze (de Martino 1959, p. 25).

Concepire sembra essere, nell'esperienza delle donne da me intervistate, un'evenienza del tutto naturale e che non costituisce un problema, né richiede riti propiziatori, preghiere e atti devozionali. Nessuna riferisce nulla in proposito, e tutte hanno avuto un numero limitato di figli e di gravidanze, una, due, al massimo tre; nemmeno le ostetriche, su mia domanda, ricordano pratiche e tradizioni riguardo al concepimento.

Per non avere figli [...] c'erano poche pratiche: alcune stregonesse, altre rudimentali [...] bere acqua di prezzemolo, di oleanro o di gramigna (Go.), ma con pericolo talvolta mortale, op-

pure argento (Go. - mercurio?), o certe *semenzulis* (? - Venz.) o *erbatas* (Preone) (Nicoloso Ciceri 2002, p. 80).

Le mie informatrici concordano: non c'erano mezzi contraccettivi, se non l'assenza prolungata del marito per lavoro come emigrante; c'erano donne che sapevano di erbe o usavano bollire il prezzemolo (intervista n. 6, Angelica Adami) per preparare pozioni abortive. A Sutrio c'era un uomo che usava piante, erbe che conosceva lui, ma era pericoloso; c'erano donne che andavano giù, in pianura, a farsi mettere una sonda per abortire (intervista n. 8, Liliana Vanino). Nella stessa intervista, Liliana Vanino racconta della riprovazione del medico per la frequenza, in paese, della pratica di procurarsi aborti, e non tanto per i rischi sanitari che questo comportava, quanto per i suoi risvolti morali.

LA GRAVIDANZA

La gravidanza era un evento naturale che non richiedeva cure mediche bensì precauzioni autoprotettive anche perché «la donna in questo periodo era considerata in stato di impurità e di estrema vulnerabilità rispetto ai poteri negativi» (Nicoloso Ciceri 2002, p. 80).

Andreina Nicoloso Ciceri cita una serie di tabù di carattere magico per preservare la donna da contatti potenzialmente pericolosi soprattutto con gli animali, rappresentanti per antonomasia dell'alterità: la donna incinta non doveva indispettare alcun animale, uccidere talpe o serpi, e nemmeno portare da mangiare alle cavalle. Non doveva lasciarsi toccare da donne, né farsi fotografare o misurare e neppure sostare ai crocevia, luoghi deputati alle stregonerie. Scavalcare il timone del carro prolungherebbe la gestazione, sedere sulla pietra farebbe crescere troppo la testa al bambino, giurare lo renderebbe bugiardo, passare sopra i peli che getta in strada il barbiere lo farebbe peloso. Varcare confini, saltare fossi, passare sotto il filare della vigna (Casagrande 1994, *passim*) o sopra le gambe di un dormiente

è altrettanto interdetto. Vedere persone morte sarebbe di cattivo auspicio (Nicoloso Ciceri 2002, p. 81). Ostermann cita la proibizione di guardarsi allo specchio, perché la gravida vi vedrebbe il diavolo e abortirebbe dallo spavento. La donna incinta deve far attenzione che il filo del lavoro a maglia non le si attorcigli al collo perché il figlio nascerebbe con la camicia (Ostermann 1940, p. 293), mentre nelle testimonianze raccolte da Nicoloso Ciceri in questo caso soffocherebbe. Gettare spazzatura sulle gambe di un uomo ammogliato, scopando le stanze, procurerebbe alla donna solo figlie femmine; passare sopra corde tese renderebbe difficile il parto. Posizioni, epoca e cibi assunti nel periodo del concepimento influenzano il sesso del nascituro; in luna vecchia e al levar del sole si concepiscono figli maschi (Nicoloso Ciceri 2002, p. 83). Se durante la gravidanza la donna è malinconica, avrà una bambina, se si manterrà di buon umore, un maschio. La pancia a punta, secondo il proverbio veneto, preannuncia una femmina, così come bruciori al sesso o frequente bisogno di urinare (Nicoloso Ciceri 2002, p. 83). Credenze e tabù attingono alla logica magica dell'analogia simbolica che mette in relazione i diversi piani dell'agire e dell'esperienza ordinando il fenomenico in un mondo unitario e coerente.

Tutto è legato nell'universo e il corpo dell'uomo non ha senso che in relazione a questo universo. Così le proprietà visibili delle cose, il loro aspetto esteriore, sono dei segni che permettono di dedurre le parentele tra loro e con questo o quell'aspetto del corpo dell'uomo (Loux 1978, pp. 29-30).

La donna non deve mettersi collane durante la gestazione, per evitare che il bambino nasca soffocato dal cordone ombelicale. Così anche i desideri alimentari in gravidanza e i cibi ingeriti provocano conseguenze sul nascituro; la credenza che i desideri inappagati siano all'origine delle voglie (macchie cutanee che possono virare dal colore bruno al viola-rosso, al rosa, di forme e misure differenti) è soprav-

vissuta nel sentire comune fino a oggi. Non solo le voglie corrispondono nella forma e nel colore alla cosa desiderata, ma addirittura si attivano tingendosi più fortemente nel periodo in cui il frutto che rappresentano matura, così la voglia rosa somigliante alla fragola si intensificherà in maggio-giugno. L'informatrice Natalina Longo riferisce che alla gestante non si dovevano nascondere i cibi: se per esempio in una casa disponevano di qualcosa di buono e glielo negavano, il bambino sarebbe nato con la voglia. Quando la donna aveva un desiderio non doveva assolutamente toccarsi, perché il bambino avrebbe sicuramente manifestato la voglia nella parte del corpo toccata. L'importanza e la persistenza di queste credenze si spiegano con il loro profondo significato simbolico. Se il corpo umano, nella concezione tradizionale, riflette l'universo con multiple corrispondenze, il corpo del bambino non può che essere specchio dell'universo materno. La corrispondenza tra il corpo della donna e quello del nascituro attraverso l'intermediario del desiderio riflette una concezione del feto come prolungamento del corpo materno e non come entità autonoma, dunque tutto quello che fa e che prova la madre influenzerà inevitabilmente il bambino nell'utero. Ai desideri della donna incinta viene accordata importanza come in nessun altro momento della vita, e bisognerà fare tutto il possibile per soddisfarli. Altrettanto essenziale era evitarle preoccupazioni e sentimenti tristi, spaventi e sofferenze, emozioni che avrebbero certamente avuto ripercussioni sul bambino per tutta la vita, proprio come se li avesse provati lui. Questa convinzione mi è stata espressa da Esterina Fachin a proposito di un caso concreto a lei successo. Narra il seguente episodio: la madre dell'intervistata, al quinto mese di gravidanza, trovandosi a far legna nel bosco con la figlia di sette anni, la vide a un tratto calpestare un grosso serpente, che per un soffio non la morsicò. La grande paura causò la morte immediata del feto, che la donna poi abortì. A questo proposito Nicoloso

Ciceri riferisce l'abitudine di passarsi sulla faccia il grembiule per salvaguardare quella del bambino. Il grembiule, simbolo del grembo materno, è dotato di un forte potere apotropaico e la donna incinta non ne stava mai senza. Veniva inoltre usato a scopi divinatori nel matrimonio ed era oggetto di dono da parte della suocera (Nicoloso Ciceri 2002, pp. 82, 127).

Riguardo alla gestazione tutte le mie informatrici sono state concordi nel riferire che non vi era alcun particolare riguardo nei confronti della donna incinta, che continuava le sue normali attività senza modificarle né attenuarle anche quando implicavano notevoli fatiche; la gravidanza era un fatto normale. Tutte le ostetriche da me intervistate affermano che raramente si verificavano aborti spontanei o parti pretermine, nonostante i lavori pesanti a cui le donne si sottoponevano fino agli ultimi giorni, e che un tempo l'intensa attività fisica delle gravide non aumentava, ma anzi diminuiva l'incidenza delle interruzioni spontanee. Eccetto le informatrici Eva Duria, Liliana Vanino e Linda Frezza, nessuna altra riferisce l'abitudine a effettuare controlli e visite ginecologiche in gravidanza, piuttosto molte parlano di un certo imbarazzo a parlare del proprio stato con la suocera e ancor più a farsi visitare da un medico o da un'ostetrica. Nessuna fa cenno alla sopravvivenza delle credenze sopraccitate, né a una particolare preoccupazione riguardo alla possibilità o meno di rimanere incinte, semmai le mie informatrici riferiscono il cruccio opposto, quello cioè di evitare troppe gravidanze (interviste n. 1 Fachin, n. 7 Durigon e n. 8 Vanino). Nella cultura tradizionale il concepimento e la gestazione venivano vissuti come eventi del tutto fisiologici e naturali che non necessitavano di cure specifiche da parte di figure mediche ma rientravano nella sfera degli avvenimenti privati, che la donna teneva per sé e taceva a lungo anche ai propri familiari. L'investimento psicologico e sociale riposto oggi nella gravidanza era un tempo riservato al *postpartum*,

periodo di transizione e passaggio che poneva la madre e il bambino in una condizione liminare, necessaria alla rielaborazione del ruolo e della identità, dando modo alla collettività di assumerli a pieno titolo al proprio interno e di tutelarli.

Il parto si situa nella fase più critica di questo passaggio e fa da spartiacque fra il momento privato e quello socialmente condiviso; non è solo l'atto con cui il nuovo individuo viene alla luce, ma è anche quello in cui la comunità, partecipando attivamente all'evento, lo riconosce e si riconosce. Entrambi si modificano in un rapporto di reciproco scambio di cui anche la nuova madre è partecipe. La scansione degli avvenimenti centrali del ciclo della vita in forme condivise opera una sovrapposizione del livello biologico e del livello sociale dell'esistenza per cui l'uno e l'altro non sono più distinguibili, ma vengono ad assumere la medesima valenza simbolica e culturale.



[Play]

Nascere nella cenere
Partorire in cucina
Il travaglio in ginocchio

2. RITUALI DELLA NASCITA: IL PARTO NELLA CULTURA TRADIZIONALE

LA SCENA DEL PARTO

L'atto di generare, che pertiene al genere femminile, è in sé il più sacro e il più misterioso a cui è dato agli esseri umani di partecipare.

Qualsiasi donna che abbia partorito sa quanto profondamente l'abbia cambiata questa esperienza. Tra il prima e il dopo passa un discrimine, nulla è più uguale. La trasformazione investe tutte le sfere, quella dei sentimenti, della sessualità, della socialità, della operatività e della produttività. Ma la trasformazione più significativa è data dall'atto in sé, dal fatto di averlo compiuto, sperimentato. Si è attraversata una soglia oltre la quale la propria dimensione esistenziale assume un altro senso.

L'aver procreato accomuna la madre alla terra, all'atto generativo primario, immette la sua semplice esperienza personale in un piano sovraindividuale, connette il suo microcosmo al macrocosmo pulsante, colloca il suo gesto nella sfera del sacro. Dare la vita mette pericolosamente in contatto con la dimensione della morte, non solo per il rischio di decesso della madre e del bambino, che in passato non era infrequente, ma perché, come tutti i momenti critici dell'esistenza contiene il mistero, il non conosciuto, l'incognita dell'attraversamento di un confine che rappresenta già in sé un mondo altro.

L'alterità è da sempre stata pensata in primo luogo come

mondo dei morti, sotterraneo e oscuro, frequentato da spiriti, connesso al demonio e alle stregonerie, ai poteri occulti e alla dimensione magica. Per questo sia la partoriente che il bambino sono esposti a grossi rischi, essendo in questo periodo particolarmente vulnerabili, e vanno protetti e tenuti al margine della collettività, purificati dall'impurità che il contatto con questo mondo altro ha comportato, prima della loro ammissione nella comunità. La benedizione della donna dopo i primi quaranta giorni di puerperio e il battesimo del bambino hanno anche questo significato. Così i tabù precauzionali che accompagnano la nascita e il puerperio hanno lo scopo di allontanare i pericoli che quel contatto rappresenta.

La nascita, nei paesi della montagna friulana, un tempo, non era vissuta come un fatto privato, ma come un avvenimento che coinvolgeva l'intera collettività. I rituali che la accompagnavano e la partecipazione attiva della comunità sottolineavano la portata dell'evento e lo investivano di significati simbolici. Era il momento della solidarietà femminile, si attivava una catena di fattività e di operosità gestita tutta dalle donne, mentre gli uomini stavano ai margini, intimiditi spettatori (Nicoloso Ciceri 2002, p. 84).

Una lunga tradizione di saperi tramandata di generazione in generazione era in grado di dare risposte ai bisogni e di aiutare la madre a superare le difficoltà e i timori. La donna che doveva partorire non veniva mai lasciata sola. Secondo Ostermann (Ostermann 1940, p. 294), nell'ultimo mese di gravidanza una parente di fiducia è incaricata di dormire con la gestante, e anche dopo il parto, fino al battesimo, dal tramonto in poi qualcuno deve restare con lei, poiché è esposta alle malie delle streghe che, trovandola sola, potrebbero entrare in camera e farla morire (Chiaradia 1998). Le donne presenti sulla scena del parto erano numerose; la madre, la suocera, le vicine, le amiche più intime, e c'era sempre una donna pratica di parti che assisteva in sosti-

tuzione o in assenza della levatrice. Nicoloso Ciceri parla della fiducia che le partorienti riponevano in questa figura più importante della levatrice vera e propria, che, un tempo, veniva chiamata a cose fatte, o mancava del tutto (Nicoloso Ciceri 2002, p. 84). Le altre donne collaboravano bollendo l'acqua, alternandosi accanto alla gestante in travaglio, lavando il neonato e la biancheria del letto macchiata di sangue, portavano donativi alimentari e cucinavano cibi.

Tutte le mie informatrici concordano sulla presenza, attorno alla partorientente e in casa, di numerose altre donne, quasi sempre la madre o la suocera, attive nell'aiutare l'ostetrica e nell'eseguire i suoi ordini. Gisella Florit dice: «*ere simpri une femine abituade a judâmi [...] a' nd ere ben int, vignivin a judâ [...] savevint, dutes chês femines, a mi preparavin, a stavin a bas, [...] a 'nd ere int, in chê volta, a 'nd ere pardut, encje pas stalis, [...] la famea a ere grande*»; Angelica Adami aggiunge: «*dutas las feminas mobilitadas, dutas, [...] mê cugnada che e veva vût trê fis [...], la vicina tant cjara [...] a era dut un amôr [...] jo i vevi la mama, la sùr de mama, [...] gno fradi al è lât a clamâ Gisella*». In un caso, nel parto di Esterina Fachin era presente, prima dell'arrivo della levatrice che tardava perché era una notte d'inverno e nevicava, una donna esperta, una parente che aveva già assistito a molti parti e le dava indicazioni durante il travaglio: «*là sù, una volta, a erin vecjutas ch'a lavin a assisti encja cence la comari, a era una parint de la mê int, a mi à fat un pôc cjaminâ ator ator dal jet*» (intervista n. 1 Fachin). Le ostetriche condotte riferiscono che ovunque, nei borghi più isolati, erano presenti donne esperte, in grado di gestire i parti autonomamente, laddove loro, spesso, non riuscivano ad arrivare in tempo (interviste n. 3 Duria, n. 5 Florit, n. 8 Vanino): «*no simpri si rivave [...] a ere simpri une femine che e judave [...] si leave cul fil tuart, chel che si faseve i scarpets, par leâ il cordon, [...] i fasevi encje jo cussì, i domandavi alcol, fil tuart e dopo i vevi le pinze per tagliare [...] chi no vevin*

migo farmacia [...] *ben tal ospedâl*», racconta Gisella Florit. Dall'esperienza di queste donne le ostetriche stesse erano disposte a imparare e i loro saperi, come si dirà più avanti, si dimostravano preziosi.

Ai santi protettori del parto, sant'Anna e san Giovanni Battista, veniva attribuito un grande potere; si pregavano, si tenevano vicino alla partoriente le loro immagini. Il nastro rosso ricevuto in dono dalla santola aveva poteri antiemorragici (Nicoloso Ciceri 2002, p. 94).

PRATICHE, RITUALI E MODALITÀ DEL PARTO

C'era la credenza che tenere matasse sull'arcolaio durante il travaglio producesse gravi difficoltà e pericoli per la madre, e che se poi si fosse dipanata la matassa, partoriente o bambino ne sarebbero morti (Ostermann 1940, p. 295). Quanto alla potenza simbolica degli strumenti di lavoro dell'ambito prettamente femminile (il fuso, la spola, l'arcolaio, la matassa, il filo) Gri nota

l'omologia fra ciclo tessile, ciclo agrario e ciclo della vita: il telaio sta al tessuto come il campo sta al grano e come la madre sta al bambino. I secondi termini sono, in tutti tre i casi, prodotti di un'operazione difficile e pericolosa di unione dei contrari, conclusa infine da una operazione violenta di strappo [...]. Simboli e rituali sono congiuntivi, almeno quanto i concetti sono disgiuntivi (2001, p. 115).

Le pratiche di 'legatura' e di 'slegatura' compaiono nei rituali terapeutici (*ivi*, 96) per curare malattie, mettere e togliere fatture e qui, potenziando la forte valenza simbolica degli strumenti tessili, rappresentano al massimo grado il rischio per la madre e il bambino. Il filo, per la sua forte analogia con il cordone ombelicale e per la sua peculiarità di prodotto femminile, rimanda al potere riproduttivo e, se imbrigliato, alle difficoltà del parto.

Similmente il pettine, elemento indispensabile per sciogliere nodi e grovigli, compare anticamente come amuleto sul

petto della donna durante il parto e fra le fasce del bambino (*ivi*, p. 101).

Ostermann (1940, p. 295) ci dice che «all'aprirsi del parto (*rompisi lis aghis*), si ammazza la gallina nera, la si mette a bollire e se ne somministra il brodo alla puerpera» e Nicolo-so Ciceri annota la valenza ctonia di questo sacrificio rituale (2002, p. 128). Si può supporre una origine comune con i rituali di purificazione della partoriente. La contaminazione con il regno degli inferi e dell'impurità attraverso il parto è un motivo di tradizione ebraica (Chiaradia 1998, p. 27) ma che ricorre in molte culture. È interessante notare la sopravvivenza di questo rituale, riferitomi da Esterina Fachin: «*una femina mi veva puartât una gjalina nera, cu las plumas neras, par la latant a veva di essi nera*» come dono alla nascita della sua bambina nel 1950. Con il brodo della gallina si era poi alimentata per quattro, cinque giorni.

Sempre Ostermann (1940, p. 295) riferisce l'uso di prendere l'olio di ricino all'approssimarsi del parto, per 'rinfrescarsi', e la consuetudine delle donne di aiutarsi l'un l'altra nei parti, specie nei comuni che mancavano di levatrici.

Le informatrici Fachin, Duria, Florit e Vanino riferiscono di conoscere l'uso dell'olio di ricino durante la fase iniziale del travaglio, per stimolare o indurre le contrazioni uterine. Esterina Fachin ne ha fatto uso diretto durante il suo parto, essendole stato somministrato proprio dall'ostetrica, al suo arrivo. Tutte concordano nel ritenere che l'olio di ricino effettivamente funzionasse, ammorbidendo i tessuti, oltre che inducendo le contrazioni. «*La comari vecje mi diseve che al zove [...] rarissime volte lu ai dât [...] las femines prime dal part e tolevin ogni sere vueli di vaseline*», afferma Liliana Vanino.

Sulle pratiche specifiche del parto Nicoloso Ciceri (2002, p. 84) ci fa sapere che per facilitarlo si usava «mettere sulla partoriente la 'cintura della Madonna', o le braghe del marito, o qualche indumento rovesciato, o 'la pietra aquilina' [...]»;

talvolta le si propinava una bevanda forte come stimolante». Ostermann racconta di parti avvenuti nei campi o lungo la salita in montagna anche in pieno inverno, precisando però che si trattava di eccezioni. Dalle interviste che io ho raccolto appare invece un fatto piuttosto comune, poiché tutte le ostetriche da me sentite ricordavano numerosi casi simili, occorsi durante la fienagione, lontano da casa, negli stavoli o nelle braide in quota, dove le donne, con un semplice paio di forbici e lo spago per fare *scarpets* (*fil tuart*) tagliavano e legavano il cordone ombelicale (intervista n. 5 Florit); «*lu à vùt tal prât [...] a fasevin di bessolas*», riferisce Angelica Adami (intervista n. 6); «addirittura tanti [parti] nei campi, siccome andavano lontane, anche se erano a termine di gravidanza, partorivano dov'erano, talmente di corsa che dovevano prendere il bambino e avvolgerlo con quello che avevano e venivano giù che avevano il bambino nella gerla, l'ho sentito raccontare da quelle che venivano a partorire, dicevano: "mia madre ha partorito così"» racconta Elena Magri (intervista n. 4). «Una mia conoscente l'ha avuto *tal mont, sul cavôl* [mucchio di fieno], sul Talm a far fieno», aggiunge Lina Durigon (intervista n. 7). A questo proposito anche Nicoloso Ciceri riporta che: «Le donne di Cleulis, prossime al parto, portavano con sé un paio di forbici dopo che una compaesana era morta dissanguata per aver malamente tentato di spezzare il cordone ombelicale» (Nicoloso Ciceri 2002, p. 85).

Quanto al modo di partorire, Nicoloso Ciceri menziona l'espressione *cjapâ-sù* riferita al 'levare da terra' il neonato, che sottende non solo il valore simbolico di 'raccolgere il figlio' e la consuetudine rituale di deporre il nuovo arrivato al suolo, sopravvivenza del culto della Terra Madre, ma anche l'uso letterale di partorire sulla terra (*ivi*, pp. 85-86).

Nel suo studio sempre Nicoloso Ciceri cita Ucea, dove i pavimenti erano di terra battuta e chi aiutava 'a prender su' il bambino aveva il compito di tenerlo anche a battesimo:

«la consuetudine [era] che un neonato non potesse essere toccato dai parenti, finché un estraneo non lo avesse ‘levato da terra’», e afferma:

«il parto avveniva a terra: ciò si può rilevare ancora dalle testimonianze delle vecchie, dai monti al mare. Per favorire il parto, talvolta si rotolava la puerpera, a terra, sul fogliame [...]. A Navarons raccontano che la *Bambana*, una *pa'ana* o *pajolana* (puerpera) del luogo, usava appendersi alla catena del focolare, per aiutarsi nello sforzo. Testimonianze uguali abbiamo raccolto a Interneppo. Secondo il Bernoni, “*le Furlane [...] partorissero in zenocion*”» (*ivi*, p. 85). Anche Ostermann riferisce che «in molti paesi si usa far partorire la donna su una sedia rovesciata [...] molte donne si rifiutano di partorire sul letto, perché dicono che in tal caso sarebbero esposte a morte sicura» (1940, p. 295).

Testimonianze di questa pratica sono ancora rintracciabili nell'esperienza diretta delle ostetriche più anziane, che hanno lavorato nelle zone più impervie e in comuni con frazioni disperse sul territorio e difficilmente raggiungibili. Laddove la necessità costringeva le donne a gestire il parto da sole, senza la presenza della levatrice che spesso non arrivava in tempo o semplicemente era troppo lontana per poter essere chiamata, il parto avveniva in posizione accovacciata, vicino al focolare, oppure tenendosi alla sponda del letto. Gisella Florit mi ha raccontato che: «*cualchi rare volte, pas stalis, cuant che rivavi, un l'era za nassût [...] a vevin il fûc par tiere, [...] ed è giusto, qualche rara volta, i gemelli, piccoli, un l'era za nassût e muart parsore la cinise, a veve parturît chel piciul alî parsore la cinise, e lavin a parturî li, di bessolis [...] la cinise a ere sterile [...] prima ch' i comencès jo, prime, alc al ere restât encjemò*».

Eva Duria ricorda: «le mie nonne dicevano che andavano in fondo al letto, mettevano un lenzuolo sotto e partorivano così, spingevano tenendosi al letto e anche alla catena del focolare».

Brunello Alfarè, di Rigolato, mi ha riferito queste affermazioni fatte da sua nonna, Aurelia Gressani, nata a Entrampo

di Ovaro nel 1892 e morta nel 1993: «*lis feminis si metevin in cuguiut, miga come chei cjastrons di miedis che ti metin a gjambis par sù, a parturê*».

La posizione accovacciata è evidentemente più favorevole al parto, per l'aiuto facilitante della forza di gravità. Da sempre, in quasi tutte le culture, è stata scelta e utilizzata dalle donne; solo con la medicalizzazione del parto e per motivi che rientrano in una logica di tipo tecnico-sanitario si è passati alla prassi della posizione ginecologica in decubito supino.

L'assistenza allo 'sgravio' si svolgeva secondo modalità tradizionali, consolidate nel tempo, spesso su una sedia o sull'asse da lavare posta sul letto, col concorso, secondo quanto scriveva alla fine dell'Ottocento Zeno Zanetti «di due assistenti sedute ai lati che tengono divaricate le ginocchia della partoriente, mentre due altre si fanno abbracciare da essa il collo». Seduta davanti alla partoriente, «con un largo bacile fra le gambe ed un lenzuolo disteso sulle ginocchia» stava la 'ricoglittrice', colei cioè che era chiamata a 'raccoliere' il neonato 'stando davanti' (*ob-sto*, donde il nome di ostetrica) (Sironi 1998, p. 60).

È emblematica a questo proposito la considerazione di Gissella Florit: «Il letto da parto è l'ideale per chi assiste, non per quella che partorisce! Il letto è standard, l'individuo che partorisce ha la sua costituzione». Anche Liliana Vanino riferisce che in periodo di guerra, quando c'erano i cosacchi in Carnia, «*las mongules no volevin stâ ponetis, si metevin nome impins*».

LEVATRICI E SAPERI TRADIZIONALI

Le ostetriche condotte erano disposte a imparare da quello che le donne tradizionalmente facevano, si interrogavano sul senso che le consuetudini potevano avere e accettavano suggerimenti dalle colleghe più anziane, dotate di esperienza e buon senso, radicati nella cultura locale. Costrette dalla situazione a confrontarsi con una realtà estrema in cui il

rischio per la vita della madre e del bambino era costantemente presente ed essendo loro a dover prendere le decisioni, spesso innovavano e modificavano le tecniche apprese a scuola, integrandole con elementi provenienti dalle pratiche tradizionali. È il caso di Liliana Vanino che riferisce: «*las femines e bolivin intal spolert camomile, mente, melisse, jerbes cul strop, cun dut propit, le plante e butavin te sele, e fasevin montâ sù la femine*, ho chiesto al primario, ha detto fanno bene, noi non possiamo far tante commedie, il caldo dilata, e *dopo i fasevi ancje jo*» (intervista n. 8). Faceva stare le donne in travaglio sopra il secchio con l'acqua calda del decotto di erbe, una sorta di suffumigio con azione lenitiva, che facilitava la dilatazione, favorita già dalla posizione seduta.

Anche l'ostetrica Eva Duria racconta che «le donne usavano l'acqua calda in un secchio grande e stavano sedute sopra anche delle ore, le vecchie dicevano che una volta si faceva così. Durante il travaglio davano cognac e zucchero». Lei comunque consigliava alle donne in travaglio di camminare, perché la posizione in piedi favorisce la discesa del bambino.

È interessante al proposito la decisione presa autonomamente da Gisella Florit: «*No imparât a scuola, sigûr no*» di far «partorire in ginocchio, per terra» perché «i primi anni mi rendevo conto che *a vorès judât in cualchi maniera*, certo che *nol è biel assisti cussì, nol è pratic (cumò lu fasin), nissun mi veve insegnât, pensât di bessola* [...] quando era dilatazione completa, presentazione cefalica e contrazioni buone, *avonde fuartes*, allora era pronto, allora avevo l'impegno a liberare [...] *cuant che un al è stitic* [...] la gravità». Con una scelta coraggiosa e indipendente Florit rivela autonomia di giudizio e capacità di integrare pratiche tradizionalmente condivise e tecnicamente motivate.

Anche Liliana Vanino prende le sue autonome iniziative,

scandalizzando il prete del paese: «*i fasevi parturì in cusine, tal cjalt, poiavi jù une rêt, cul materàs e dut, come un jet, e avantazave il mâl [...] il predi al diseve, guai se il frut al viôt!*». Quanto alle tecniche specifiche, sempre la Vanino aggiunge che «*la vecje [ostetrica] mi veve insegnât, e jo i fasevi, che cuant che il cjavut al era aî, tirâ ca cun doi deits e butâ jù un gotut di vueli ator ator*». Si tratta di una serie di accorgimenti e manovre volte a prevenire ed evitare le lacerazioni nella fase espulsiva, che molto si avvicinano alle tecniche attualmente utilizzate per massaggiare il perineo. Anche Gisella Florit parla di una manovra a pinza con le dita, per avvicinare i lembi della vagina affinché non si laceri; bisognava «fare l'opposto, non tirare, ma avvicinare».

CREDENZE E AUSPICI INTORNO ALLA NASCITA

Sui tempi e i segni della nascita la tradizione è abbondante, mentre nelle interviste non ho trovato traccia di queste credenze. Ostermann elenca una lunga serie di indizi in relazione alle ore e alle circostanze del parto:

Se un bambino nasce col bel tempo, dicesi che avrà un temperamento allegro, gioviale, e sarà sempre contento. Se nasce in una giornata di vento, avrà vita burrascosa; se colla pioggia o la neve, sarà povero. Se nasce mentre grandina od è forte burrasca, morirà giovine, anche il giorno della settimana in cui avviene la nascita può decidere della durata della vita, della salute, del temperamento e della sorte del neonato [...] un figlio maschio legittimo che nasca in coda a sei sorelle, possederà grande virtù per sanare le malattie; aumenterebbe tale virtù se fosse il primo dei maschi e più ancora se, per giunta, fosse anche figlio postumo! I fanciulli nati nel Venerdì santo hanno anch'essi la virtù di guarire, ma soltanto le febbri (Ostermann 1940, pp. 297-298).

Inoltre «Nascere alle Tempora o ad Ognissanti è negativo [...]. Bene, invece, nascere di domenica o nei giorni pasquali [...]. Il podalico è figlio di strega o destinato alla stregoneria» (Nicoloso Ciceri 2002, p. 87).

La levatrice aveva la possibilità di effettuare un rituale per

liberare il bambino dal suo destino di stregone o benandante, come è attestato in una denuncia monfalconese del 1587 contro la «ostetrica di figliolini» Caterina Domenatta:

avendo partorito una donna un fanciullo coi piedi in avanti, questa rea femmina fatochiera persuase sua madre che se ella non voleva che questo tal fanciullo fosse benandante o stregone, lo volesse inspedarlo in uno spiedo da fuoco et aggirarlo non so quante volte intorno al fuoco.

Nello stesso processo una testimone dichiara che suo padre era benandante «perché era nato vestito et haveva la camisa». Ed era benandante il marito [...] della Domenatta, “perché” essa dice “era nato vestito”, et mi diceva di molte cose circa il benandare» (Ginzburg 1974, pp. 110-111).

Nascere con la camicia, cioè avvolti dal sacco amniotico, è sempre stato ritenuto un segno di singolarità, se non di stregoneria; è proverbiale dire ‘nato con la camicia’ per significare fortunato. La ‘camicia’ veniva benedetta da un sacerdote e portata al collo come segno distintivo.

Ostermann scrive che:

La madre del bambino nato in questo modo fa benedire una camicia, un pannolino o una fascia, che il bambino terrà sempre addosso, e gli mette al collo un rosario, un abitino (*pazienzie*) od una medaglia benedetta, fa celebrare delle messe, prega, e cerca con ogni mezzo di allontanare l’influenza diabolica. Sopra tutto poi insegna al bambino che quando è chiamato risponda sempre: «*ben*». In tal caso le streghe stesse saranno costrette a soggiungere: «*Dio ti dei dal ben*»; o secondo altri: «*Il Signôr tu as tal sen*». Se invece rispondesse incautamente: «*Ce?*» [...] alla chiamata, la strega, soggiungendo: «*ben ven cun me*», lo assoggetterebbe irrimediabilmente all’inferno; diventerebbe strega o stregone (*be-landant*) (Ostermann 1940, pp. 298-299).

Spiega poi che:

Quando si ha in casa un bambino, si procura di non lasciarlo vedere, specie alle donne, alle vecchie soprattutto, che possono essere streghe o lo potrebbero stregare. A scansare questo pericolo

si suole mettere nelle fasce e sopra la culla una rametta d'olivo benedetto, una medaglia, un grano d'incenso, uno scapolare, o qualche amuleto composto con sgocciolature del *lumen Christi* pasquale, sale benedetto ecc. Nei primi mesi di vita d'un bambino, è prudente non rifiutare ad alcuno la carità, ma farla anzi prontamente, generosa e con maniere gentili. Così pure, prima e dopo il parto, a tutti i saluti è prudente rispondere sempre: "Sia lodato Gesù Cristo", perché sul parto sono facilissime le malie (*ivi*, p. 299).

Riguardo a queste tradizioni, nelle mie interviste non ho trovato nulla che vi si riferisse, anzi, su mia esplicita domanda, le donne hanno risposto che invece, dopo il parto, la casa era piena di gente, tutti volevano vedere il nuovo nato, il quale veniva mostrato senza problemi (interviste n. 1 Fachin, n. 6 Adami, n. 7 Durigon).

Nicoloso Ciceri ci dice che nell'acqua del primo bagno del bambino si poneva spesso qualcosa di benedetto o una *palanca* perché non divenisse ladro. Metterlo a dormire con i piedi verso la porta equivaleva a un augurio di morte. La culla, spesso fatta in legno, era frequentemente intarsiata con simboli cristiani e apotropaici: il sole, la stella a cinque punte, il monogramma di Cristo (Gortani 2000, pp. 147-157). Il bambino restava velato dal tulle sostenuto da un arco di legno su cui si intagliavano i medesimi simboli (Nicoloso Ciceri 2002, p. 89).

Ostermann ci fa sapere che:

le lenzuola e gli altri panni macchiati nel parto non si devono lavare fuori casa, in acque stagnanti o correnti. Bisognava lavare quei panni senza uscire dal portone; l'acqua sporca poi non bisogna vuotarla sulla strada, ma gettarla in terreno che l'assorba facilmente, e v'è persino chi, prima di versarla, scioglie in quella due o tre grani di sale, infesto sempre alle streghe (Ostermann 1940, p. 245).

È curioso che a questo proposito io abbia rintracciato una tradizione opposta e speculare: Angelica Adami mi ha rife-

rito che, dopo il suo parto, avvenuto il 19 gennaio del 1962, sua madre si recò, insieme alla zia, fino al torrente Vinadia per lavare la biancheria macchiata e dovettero rompere il ghiaccio dal freddo che c'era. Con le cose della partorientente era questa la procedura, mentre normalmente il bucato si faceva con l'acqua bollente «*tal podin cu la lisciva*» e si risciacquava con l'acqua che gli uomini di casa andavano a prendere per loro alla fontana.

Nicoloso Ciceri riporta anche che i panni non dovevano essere esposti di notte, e se ciò accadeva per distrazione, bisognava purificarli, passandoli sopra il fuoco (Nicolo Ciceri 2002, p. 89). Ritorna qui l'associazione fra mondo notturno, poteri occulti e ctoni e gli oggetti di pertinenza esclusivamente femminile, come la biancheria relativa al parto e i panni del bambino. La luna è per eccellenza simbolo dei poteri femminili.

L'influenza di quest'astro, di natura femminile e umida, era fondamentale nella cultura rurale per i lavori agricoli e per la riproduzione degli animali ed è ovunque ritenuta strettamente legata ai percorsi biologici femminili, i cui tempi possono essere misurati in lune (Chinosi 1985, p. 118).

La luna 'unifica', 'totalizza' livelli cosmici apparentemente diversi: le acque, le piogge, la terra, la vita vegetale, la donna, [...] la donna ha in suo potere i segreti della vita e della morte. Solo la donna partecipa della magia della luna (Eliade 1989, p. 14).

Nelle circostanze del parto la donna esplica tutta la sua potenza misteriosa e in quanto tale appare pericolosa e socialmente destabilizzante. La tradizione di occultare agli sguardi esterni il sangue del parto, così come quello mestruale, il bisogno di sottoporla a rituali di purificazione prima di riammetterla nella collettività dopo il parto, rientrano in una logica di controllo e di contenimento dei suoi poteri primordiali, potenzialmente eversivi.

Anche alla placenta veniva attribuito un significato simbolico molto forte. Organo femminile emblematico, si riteneva avesse un potere galattoforo, era quindi essenziale preservarla per garantire la sopravvivenza del bambino, un tempo strettamente dipendente dal latte materno. Il seppellimento della placenta in luoghi umidi o in acque correnti è attestato un po' ovunque in Italia fino agli inizi del Novecento.

Secondo la logica correlativa del 'così come', se la placenta rimaneva umida e intatta il più a lungo possibile, alla madre sarebbe sceso il latte in abbondanza e a lungo. Analogamente nella cultura andina la placenta continua a essere parte della madre e a influire sul suo stato, per questo viene seppellita sotto un grande albero che faccia ombra (Buitron 2002, p. 122).

Giuseppe Bellucci nel suo saggio *La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia* cita numerosi esempi riferiti a popolazioni indigene che adottavano il medesimo rituale del seppellimento delle placente nel terreno o nell'acqua del mare, chiuse in una pentola, a scopo propiziatorio per il bambino. Presso gli Oraibi dell'Arizona la madre sotterra la placenta, insieme alla biancheria insanguinata, in un luogo sacro detto 'la collina delle placente' (Bellucci 1996, pp. 287-319). Dall'inchiesta condotta dallo stesso Bellucci in diverse regioni italiane emerge la tradizione comune del seppellimento della placenta in luoghi protetti: la cantina, l'orto, il cortile, molto frequentemente in terreni umidi o acquitrinosi, sotto le grondaie della casa o del canale di scolo, perché rimanga fresca e mantenga abbondante il latte della puerpera.

A volte veniva sotterrata ai piedi di un rovere, che richiama l'idea della robustezza, o di un fico per analogia con il latte che questa pianta secerne. Spesso era collocata direttamente nei corsi d'acqua o nei pozzi, posta sotto una pietra o chiusa in pentole di coccio perché restasse integra e non venisse

mangiata da animali. La credenza era che se fosse stata divorata, il bambino avrebbe sviluppato le qualità caratteristiche dell'animale e la madre avrebbe sicuramente perso il latte, mentre l'animale sarebbe diventato rabbioso. La levatrice o la donna più anziana in alcune zone benediceva la placenta, che poteva anche essere collocata per i primi tre giorni sotto il letto della puerpera, a livello delle spalle, per favorire la lattazione.

I rituali di seppellimento riguardavano ugualmente le placente delle vacche e delle cavalle, con la medesima finalità. Esisteva anche la tradizione di far bollire un pezzetto di placenta nel brodo destinato alla puerpera e, a sua insaputa, somministrarglielo. Si conosceva un suo uso terapeutico per curare malattie della pelle, macchie cutanee, piaghe dei tumori scrofolosi (*ibidem*).

Alla placenta, organo che produce e alimenta la vita, è attribuito un potere che rimane attivo anche dopo la nascita e la sua perdita di funzione. Secondo Bellucci, tra questa parte del corpo e il neonato esiste una relazione 'simpatICA' il cui influsso benefico si manifesta per molto tempo o anche per tutta la vita.

Analogamente anche il cordone ombelicale è dotato dello stesso potere ed è usato come amuleto in molte culture. La funzione magica della placenta è però maggiore perché si esplica, per estensione, su organi ad essa non direttamente collegati ma con cui esiste un rapporto analogico, come nel caso delle mammelle della donna. Come il sangue della placenta nutriva il bambino nell'utero, così fa, dopo la nascita, il latte delle mammelle: il latte è il sangue placentare trasformato. Una placenta fresca e integra è garanzia di latte copioso e prolungato e di una crescita sana del neonato. La correlazione funziona anche al contrario: se la placenta viene divorata da un animale, allora sarà lui a influenzare in senso negativo il bambino o la madre.

Fra i dati da me raccolti non vi sono tracce della sopravvi-

venza di queste credenze, tuttavia la placenta veniva trattata con molta attenzione e rispetto dall'ostetrica, che la osservava scrupolosamente per accertarsi che fosse stata espulsa tutta; non la buttava via, ma la conservava per tre giorni, nel caso la madre avesse presentato delle patologie *postpartum*. Nell'evenienza di febbri o emorragie poteva essere indispensabile analizzarla, veniva perciò collocata in un recipiente, secchio o bacinella, e tenuta in parte. Solo in un secondo tempo era consegnata al marito o a un uomo di casa che, in genere, la sotterrava da qualche parte.

Alle mie domande sull'argomento le risposte sono state sempre piuttosto vaghe. Le ostetriche non davano importanza alle modalità di smaltimento: una volta che la donna era fuori pericolo, la placenta non rappresentava più un problema. Sono però tutte concordi nel ritenere che venisse seppellita, non sanno dove (interviste n. 3 Duria, n. 5 Florit, n. 8 Vanino). Quanto alle partorienti, nemmeno loro ricordano con precisione chi e come avesse eliminato la loro placenta, suppongono che sia stata interrata nell'orto (interviste n. 1 Fachin, n. 6 Adami).

Nessuna riferisce di tradizioni che abbiano a che fare con una concezione magica o propiziatoria di questo organo, ma è interessante l'osservazione di Lina Longo a proposito dell'uso di seppellirla: «era sempre un lembo di corpo» (intervista n. 10). L'affermazione riflette un concetto presente nella cultura tradizionale, per cui il 'corpo totale' non è solo composto dalle sue parti ma anche dai suoi prodotti: escrementi, secrezioni, sporcizia o, come in questo caso, componenti da cui si è separato. Un organo che era stato vivo, dotato di energie così potenti come quelle generative, non poteva che essere considerato con rispetto sacro, tanto da meritarsi una sepoltura degna.



[Play]

La gallina nera

3. IL PUERPERIO

IL PUERPERIO, FASE LIMINARE NELLA VITA DELLA DONNA

La donna che ha partorito si trova in una condizione nuova, di estrema fragilità e vulnerabilità che oggi nessuno considera più tale, ma che ogni cultura tradizionale sosteneva e tutelava in forme condivise. La scansione rituale che accompagnava questo momento forniva alla puerpera il sostegno della collettività, demarcava i tempi del passaggio dalla vecchia alla nuova situazione e ne permetteva la rielaborazione. Le modificazioni che avvengono nel corpo e nella condizione esistenziale della neomadre sono così profonde, traumatiche e radicali da mettere in discussione non solo il suo equilibrio, ma anche quello del contesto familiare e sociale.

La comunità tradizionale percepiva questo rischio e interveniva collocando la puerpera in una condizione marginale, di separazione e di isolamento rispetto al gruppo. Fisicamente confinata in casa, per un periodo che nelle diverse regioni italiane durava fino a quaranta giorni, la donna aveva modo di recuperare le forze, assistita dalla madre o dalla suocera e dalle cognate, e di rielaborare la sua condizione. Il rito di purificazione, che avveniva con la benedizione in chiesa al termine della quarantena, sanciva la sua riammissione nella collettività e il passaggio di *status*. I rituali di passaggio secondo Van Gennep prevedono sempre tre fasi: una fase di separazione, una fase di margine o di transizione (liminare)

e una fase di aggregazione, corrispondente alla reintegrazione sociale e all'acquisizione del nuovo *status* (1981).

Il puerperio rientra nei riti di passaggio perché comporta la separazione (il confinamento fra le pareti domestiche e l'interdizione a uscire), la fase liminare rappresentata dalla quarantena, e la fase di aggregazione attraverso la cerimonia della benedizione con la riammissione in chiesa.

La fase liminare è la più delicata, in quanto l'individuo è un essere indefinito non solo da un punto di vista sociale, ma anche da quello delle forze ambigue che possono investirlo, o sprigionarsi da lui, per il fatto di non appartenere ad uno stato definito. È in questa fase che si concentrano le maggiori attenzioni rituali ed il controllo della società (Cozzi, Nigris 2003, p. 138).

Secondo de Martino la condizione di labilità è all'origine del 'dramma storico del mondo magico' della società tradizionale. Entrare in contatto con l'angoscia della labilità implica «il rischio di perdere la propria anima» intesa come «la propria presenza personale, l'esserci». Quest'angoscia esprime «la volontà di esserci come presenza davanti al rischio di non esserci»; la labilità «sollecita la difesa e il riscatto». E ancora:

Per questa resistenza della presenza che vuole esserci, il crollo della presenza diventa un rischio appreso in un'angoscia caratteristica: e per il configurarsi di questo rischio la presenza si apre al compito del suo riscatto attraverso la creazione di forme culturali definite. Per una presenza che crolla senza compenso il mondo magico non è ancora apparso; per una presenza riscattata e consolidata, che non avverte più il problema della sua labilità, il mondo magico è già scomparso (de Martino 1997, p. 103).

Nell'attraversamento della fase della labilità ogni individuo è «in rapporto col Maligno (cioè con la propria angosciata labilità. [...] Il dramma magico consiste proprio in questo [...] e nell'acquistare il potere di combatterlo e di scacciarlo (il che significa acquistare il potere di padroneggiare la labilità propria e altrui)» (*ivi*, p. 163).

Nella mentalità magica le cause esterne dovute al caso e alla fortuna e quelle interne legate alla salute fisica e psicologica del soggetto vengono a coincidere e fanno sì che le malattie e le sventure siano equiparate. I rischi che la madre corre dopo il parto vengono percepiti come pericoli da esorcizzare e controllare. L'accurato rispetto dei tabù e delle interdizioni permette di allontanarli e prevenirli. L'assenza dei confini fra principi materiali e spirituali fa pensare che il mondo morale e i suoi prodotti, come cattivi sentimenti e invidia, siano origine di fattura e di sventura sul piano fisico (Gri 2001, p. 111). La loro potenza è tanto più forte quanto più il soggetto verso cui sono rivolti è debole, come nel caso del neonato e della puerpera. Per questo è necessaria la loro segregazione e la loro protezione dopo il parto. In questo periodo le forze negative e i malefici sono particolarmente efficaci, ed è in questione la loro salute fisica e psicologica presente e futura (Chinosi 1985, p. 125).

I TABÙ PRECAUZIONALI

Paiolana, termine tradizionalmente usato un po' in tutte le regioni italiane per indicare la puerpera, evidentemente derivato da paglia, rimanda alla consuetudine di partorire per terra, sul pagliericcio o sul fogliame (Nicoloso Ciceri 2002, p. 85), ma anche all'antico uso di tappare le fessure delle finestre della camera con la paglia per evitare alla puerpera spifferi e correnti d'aria (Falteri 1977, p. 19). In Carnia era *latoàna* o *letavuàna* o *letovàna*, cioè quella che allatta (Nicoloso Ciceri 2002, p. 97).

La puerpera era costretta a una specie di clausura per i rituali quaranta giorni, doveva stare «*sot da sô linde, sot de ale dai cops o dentri da straceade*, cioè sotto l'ala del proprio tetto, entro la linea di displuvio o di gronda, che rappresentava un *limes* sacro ed anche un *limes* giuridico (di proprietà). Uscire voleva dire esporsi ad ogni mala ventura ed influsso negativo; ed ancor peggio era superare i solchi carrai del-

la pubblica via» (*ivi*, p. 89). Infrangere questo tabù avrebbe portato male per sé e per gli altri. «Recarsi in casa altrui portava male [...]. Il parto, dunque riconduceva la donna allo stato di ‘pagana’, ‘come donna selvatica’ (Valli Nat.), soggetto e oggetto del negativo, vaso di impurità, pericolosa per sé, per gli altri esseri e persino per gli elementi» (*ivi*, p. 89). L’origine della quarantena è di tipo magico-religioso e precauzionale. La durata di quaranta giorni e il rituale della purificazione (Del Bianco Cotrozzi 2004, pp. 31-42) sono derivati dall’ebraismo (Chiaradia 1998, p. 27), ma in tutte le culture esistono riti di passaggio simili per sacralizzare e tutelare il puerperio.

Nella cultura andina, per esempio, per ventun giorni la madre non deve alzarsi dal letto e non deve avere contatto né con l’acqua, né con il freddo, ma stare tranquilla e calda. Non deve lavarsi per almeno tre giorni dopo il parto e aver cura di alimentarsi bene fino al completo recupero che si calcola in sei settimane. È tenuta ad astenersi dai rapporti sessuali possibilmente per un mese (Buitron 2002, pp. 127-128). È interessante notare come i tempi e i modi delle prescrizioni e delle proibizioni siano molto simili a quelli della nostra cultura. Ostermann cita il proverbio che dice: «*la femine à viarte la sepulture per quaranta dis dopo dal part*» (1940, p. 296). Questo concetto dell’apertura alla penetrazione del male è insieme simbolico e materiale:

[...] l’utero, pensato come un sacco, si doveva richiudere dopo essersi aperto per il concepimento e per il parto. Proprio per questo era creduto particolarmente pericoloso – e responsabile perfino delle febbri puerperali – il fatto che l’utero si gonfi perché, ancora schiuso, è stato penetrato dal vento o, ancor peggio, dalle puzze, odori sgradevoli o troppo forti (Falteri 1977, p. 19).

Si credeva che tutte le ossa si muovessero durante il parto e perciò dovessero riassetarsi. «Per agevolare il ritorno alla normalità si usava fasciare la puerpera o persino applicarle sul ventre una chiarata, il cataplasma di uova sbattute e

stoppa che è noto rimedio domestico contro le distorsioni» (*ivi*, 20). Soprattutto si riteneva pericoloso il contatto con l'acqua e con il freddo, perché i dolori reumatici sarebbero entrati nelle ossa e non sarebbero più andati via per il resto della vita: «*Dolor cjàpà de part pì no depart*», recita un proverbio veneto raccolto da Giovanni Battista Bastanzi (Chiaradia 1998, p. 28).

Analogamente «la puerpera non deve cucire né stancare gli occhi con altri lavori minuti, perché ne perderebbe la vista» (Ostermann 1940, p. 296). Deve cercare di restare in una camera semibuia, lontano dai rumori e dai profumi, ma mai senza luce del tutto e mai da sola, qualcuno deve restare con lei dal tramonto in poi, o la suocera, o un figlio, o il marito (Chiaradia 1998, p. 28).

La convinzione era che se la donna si fosse trascurata in quel periodo ne avrebbe subito le conseguenze per tutta la vita: mal di testa se non si teneva il capo riparato dal sole o dal vento con un fazzoletto, affezioni da raffreddamento o mal d'ossa se non stava attenta alle intemperie o se teneva le mani nell'acqua, un precoce invecchiamento se si sottoponeva a troppe fatiche (Falteri 1977, pp. 18-19). Era inoltre interdetto avere rapporti sessuali.

Se questi tabù hanno un significato precauzionale rispetto agli effetti negativi delle azioni sulla salute della donna, ve ne sono molti altri che fanno riferimento agli effetti negativi sugli oggetti delle azioni compiute dalla donna: non dare niente con le proprie mani, né cibo, né elemosina, né fare fuoco, non seminare né toccare vegetali, non andare nella stanza dei banchi, non maneggiare moneta, non guardare lontananze, non attingere acqua dal pozzo perché si prosciugherebbe. Le cose toccate si sarebbero guastate (Nicolaso Ciceri 2002, p. 90).

Le forze negative potevano manifestarsi come agenti esterni che aggredivano la donna o come agenti interni che dalla donna si proiettavano sul mondo esterno con cui essa en-

trava in contatto. Nell'un caso e nell'altro l'unica possibilità per disattivarle era il rispetto dei limiti e dei confini, la doppia tutela della donna dal male che poteva capitarle, e della società da quello che la donna poteva procurarle in un legame di reciproco controllo. Tuttavia, quanto le donne nel puerperio riuscissero e potessero rispettare tutti questi divieti e prescrizioni e per quale durata è facilmente intuibile. Le condizioni di miseria degli strati più bassi della popolazione, la mole di lavoro che obbligava le donne della zona presa in esame a ritmi di lavoro molto pesanti fino in prossimità del parto, fanno supporre che ben poche si attenessero alle norme della quarantena, perlomeno nel periodo storico da me preso in considerazione.

I ricordi delle mie informatrici al proposito sono piuttosto imprecisi, ma vi è un indizio chiaro: il battesimo tradizionalmente avveniva entro pochi giorni dalla nascita, solitamente entro otto giorni, perciò la madre non vi poteva partecipare essendole allora interdetto uscire.

Lina Longo racconta di aver rispettato interamente la quarantena dopo tutti e tre i suoi parti avvenuti nel 1946, nel 1948 e nel 1950. Precisa che era vietato «andare oltre *la stracade*» anche solo «a stendere i pannolini, perché portava il malocchio», e che le donne anziane dicevano che «le porte del paradiso sono aperte per quaranta giorni per le partorienti» (intervista n. 10). Chiarisce poi di non essere stata presente per questo motivo a nessuno dei tre battesimi, a cui erano andati solo i santoli e la levatrice. Battesimi tutti avvenuti entro otto giorni, «il prete ci teneva».

In contraddizione con questa evidenza, numerose intervistate hanno riferito di essere state presenti al battesimo pur essendo ancora in quarantena.

Si può supporre che in questi casi battesimo e purificazione rituale avvenissero lo stesso giorno, anche se in momenti diversi, e quindi che la benedizione fosse impartita alla donna anche molto prima dei quaranta giorni.

Linda Frezza racconta che nel 1952, dieci giorni dopo il parto, in chiesa era dovuta restare sul fondo della navata e, solo quando, finito il battesimo, il prete le aveva dato la benedizione, era potuta entrare veramente (intervista n. 9). Non c'era da parte sua, come di quasi tutte le altre intervistate, l'intenzione di attenersi alla quarantena, sia per poca o nessuna convinzione, sia per necessità di lavoro. Ma il rituale della purificazione veniva rispettato ugualmente, era una consuetudine consolidata e un obbligo sociale e religioso. La durata della quarantena poteva dunque essere flessibile, ma la partecipazione al rito era imprescindibile.

Tutte le mie informatrici ricordano il divieto a uscire di casa per quaranta giorni, ma non tutte vi danno peso. Lina Longo e Esterina Fachin, che hanno partorito negli anni 1946-1950, affermano di averla rispettata scrupolosamente, ma anche Angelica Adami che ha partorito nel 1962 dice: *«Jo l'ai respetada, i soi lada in glesia e mi àn tirada dentri cu la cjandela, dopo cuaranta dis i ai podût jessi»*.

Vero è che molte delle donne da me intervistate avevano partorito nei mesi invernali, per cui il non uscire di casa diventava una scelta di tipo precauzionale legata al clima perlomeno nei primi tempi dopo il parto e, nella memoria, divieto e precauzione si sovrappongono. Nel senso comune era radicata, infatti, la convinzione che la donna e anche il bambino avessero bisogno in questo periodo di molti riguardi e di protezione da parte della famiglia e della comunità. Lina Longo dice: «C'era una specie di delicatezza, lasciavano solo quelli di casa i primi tempi, la mamma e il bambino dovevano avere un po' di riserbo, di quiete». Le prescrizioni sanitarie impartite dalle ostetriche rafforzavano questa consuetudine. L'indicazione medica era che la partoriente dovesse rimanere a letto per otto giorni dopo il parto; la levatrice si recava da lei quotidianamente per lavarla, oltre che per controllarne le condizioni di salute (interviste n. 3 Duria, n. 5 Florit, n. 8 Vanino).

Le stesse ostetriche sembrano piuttosto convinte della possibilità da parte delle donne di procurarsi patologie reumatiche se tenevano troppo le mani nell'acqua fredda durante il puerperio. «Si diceva che faceva venire i reumatismi, perché i pori erano tutti aperti». Mi è stato riferito nelle interviste n. 1 Fachin e n. 8 Vanino, e certo un fondo di verità c'è. Chi poteva rispettare il riposo senz'altro lo faceva, ma erano poche privilegiate, come riconosce Angelica Adami; la maggioranza doveva alzarsi presto dal letto e ricominciare a lavorare, magari cercando di rimanere dentro casa.

Un'interdizione che veniva rispettata scrupolosamente, e che anche le ostetriche sottolineavano, era l'astensione dai rapporti sessuali. «Gli uomini neanche si sognavano di toccare una donna prima della purificazione», dice Lina Longo. Gli altri divieti venivano rispettati solo tendenzialmente, avendo presente il criterio che la donna dovesse riguardarsi ed evitare fatiche eccessive, senz'altro più in questo periodo che non durante la gravidanza.

È interessante notare come oggi questa concezione sia invertita, essendo tutelata più la gravidanza che il puerperio, sia culturalmente che socialmente. I tempi della degenza ospedaliera sono oggi ridotti a tre giorni per un parto normale e cinque, quattro per un cesareo. La donna ritorna a casa destabilizzata dai mutamenti avvenuti nel suo corpo e nella sua vita. È messa a dura prova dalle ripetute interruzioni del sonno e non trova intorno a sé il supporto familiare e psicologico necessario. Piuttosto deve sottostare all'ulteriore stress psico-fisico delle visite di amici e parenti che vogliono vedere il nuovo nato. Il riserbo e la quiete per la madre e il bambino sono scomparsi, con essi la tutela e la condivisione comunitaria di una fase estremamente delicata della vita della donna. La depressione *postpartum* è oggi frequente nel periodo di adattamento della puerpera al suo nuovo ruolo e ai ritmi del bambino, ma non riesce a essere né capita né culturalmente integrata.

Nella concezione magica della società tradizionale le forze negative presenti intorno alla neomadre comprendevano sia i pericoli di ordine fisico sia psicologico che la collettività era in grado di contenere ponendoli sullo stesso piano, tutelando e supportando la donna senza discriminarla. Sironi, nel suo studio sulla medicina popolare in Brianza, attesta fra le possibili gravi malattie del dopo parto, oltre la temibile febbre puerperale, il cosiddetto «*paart al còo* (letteralmente parto alla testa), una forma patologica caratterizzata da grave prostrazione fisica e psicologica, inedia e depressione che, nelle forme conclamate, portava la donna a badare poco al figlio appena nato e ancor meno a se stessa e alla famiglia» (Sironi 1998, p. 65). Porre attenzione alla testa, coprirla, non lavarla, significava sottolineare e comprendere, ritualizzando, i problemi psicologici del puerperio.

I DONATIVI

La condizione di bisogno della donna nel momento del parto attivava nella società tradizionale la reazione solidaristica comunitaria intesa nel senso più ampio: parentado, vicinato, borgata e intero paese. Le nascite erano un bene per l'intera comunità. «Nel paese era una gioia che nascessero i bambini» afferma Lina Longo, e aggiunge che nei momenti di necessità ci si aiutava gli uni con gli altri, nella logica della reciprocità. Giosuè Chiaradia, nel suo studio sul battesimo nelle tradizioni popolari del Friuli Occidentale parla di un certo numero di donativi che un tempo erano rivolti esclusivamente alla puerpera:

Si trattava del cosiddetto *thest / sest o theston / seston o zei / ziei*, contenente soprattutto pane, sia per la sua preziosità nell'alimentazione tradizionale fondata sulla polenta, sia perché da sempre la più elementare forma di condivisione è rappresentata proprio dal pane; e poi qualche gallina, uova, zucchero, vino e più recentemente caffè, burro, formaggio, riso, qualche arancia (frutto di lusso qui, come la banana, fin dopo la Seconda guerra mondiale), una bottiglia di china o marsala all'uovo o crema marsala o ferro-

china, e biscotti da inzuppare (*colaz di sope, bussolai, tortiglioni, savoiardi, ecc.*). Ovviamente tutto stava nel cesto, anzi spesso il cesto non c'era nemmeno (Chiaradia 1998, p. 26).

I donativi provenivano principalmente dai familiari, madre, zie e sorelle, in una catena di solidarietà femminile, come prima e durante, così subito dopo il parto. La puerpera necessitava di cibi migliori e più sostanziosi del solito, di cure e riguardi, doveva riprendere le forze e produrre latte in abbondanza. La madre era la più sollecita, quando c'era, nell'assistenza, la suocera invece era spesso fonte di dissapori e di lamentele. Esterina Fachin racconta che sua suocera la lasciò due giorni senza cibo dopo il parto, e che il cognato si mangiava tutte le arance che le avevano regalato. Tutte le mie informatrici riferiscono di non aver ricevuto doni particolari per la nascita dei loro figli, né in generi alimentari né in vestiario per il neonato. Gli stretti familiari, la madre soprattutto, portavano cibo, galline, carne, formaggio, burro, uova; qualche vicina per ricambiare favori regalava qualcosa, come nel caso della gallina nera di Esterina Fachin. «*La vevi judada a puartâ fen, i spietavi ma i lavi a puartâ il fen sul cjâf, e chista biada femina mi à dite: – Ben, fruta, mi pensarai di te –. Cuant che e je nassuda chista frutina mi à copât una gjalina di chês neras e mi à dite: – A vûl la gjalina nera par la lattante*».

Le arance erano regalate frequentemente perché ritenute un cibo molto prezioso e utile per l'allattamento; anche il miele compare come alimento non quotidiano da donare. Non si usava portare regali al bambino perché il corredino era compito della madre e della nonna; la culla (*scune*) spesso passava di generazione in generazione, e la madre solitamente preparava un materasso con le foglie secche di pannocchia ben lavate e asciugate al sole. Ne fanno un preciso riferimento Angelica Adami e Linda Frezza nelle loro interviste. Zie, sorelle, cognate e vicine si attivavano in modo concreto piuttosto che attraverso regali: chi lavava la

biancheria del parto, chi i pannolini e i vestitini del bambino, chi cucinava, chi badava alla casa. Chi ha partorito in tempo di guerra, come Lina Durigon, ricorda l'estrema miseria: nel momento in cui non c'era nulla per nessuno, nemmeno le puerpere avevano di più. Ma anche l'ostetrica Liliana Vanino osserva che «*a Sutrio si judavin, a Noiaris podevin crepâ*», a significare che non sempre il vincolo di reciprocità funzionava, e che in alcuni paesi o borghi l'aiuto vicendevole non c'era affatto. Anche Lina Durigon sembra d'accordo con questa opinione quando dice che nel suo paese, Valpicetto, la gente era molto chiusa, e lei la solidarietà l'ha incontrata solo quando è andata ad abitare a Chirignago, in Veneto.

L'ALIMENTAZIONE NEL PUERPERIO

«Le partorienti e si veva il mangiâ speciâl», afferma Angelica Adami. Nei primi giorni dopo il parto era tradizionale il brodo di gallina, nel quale veniva ammollato il pane che era stato biscottato (*sope/sopes/sopis*) o grattato. Il termine *sope* indicava anche il *past*, pranzo del battesimo, a significare quanto il regalo del pane fosse prezioso (Chiaradia 1998, p. 26). Veniva consumato in abbondanza sia prima che dopo il parto sotto forma di *panade*. Angelica Adami descrive due tipi di *panade*: «*la panada gratada, si gratava il pan, dopo si meteva l'aga, si faseva boli e dopo si meteva il vueli, una volta si usava l'ont*», e la «*panada bulida*» con il pane intero o a pezzi: «*si metteva a mollo il pan dôs oras, dopo si meteva a boli, però e veva di boli planchin e cuant che era cueta si veva di sbatila che veva di vignî unida, e vûl sbatuda ben, e diseva mê mari, col cucchiaino di legno*». *Laga brusada* era un altro alimento tipico del puerperio e anche dello svezzamento. La ricetta mi è stata così descritta da Angelica Adami: «*farina blancja fin che e vigniva dorada, dopo si butava l'aga freda, si disfava la farina tal ont e si dava a la puerpera e dopo al frut*».

Ugualmente tradizionale era ed è il *zuf* fatto con la farina di polenta e il latte, il cui procedimento e dosi variano di famiglia in famiglia. Secondo Lina Longo si aggiungeva nel latte allungato con l'acqua farina di frumento e farina di mais, e si mescolava con le punte degli abetini giovani perché non venissero i grumi, si faceva cuocere e alla fine si aggiungeva un pezzetto di burro. Secondo altre versioni si toglieva dal paiolo della polenta il 'brodo', cioè la parte liquida prima di rompere la farina, e si faceva cuocere nel latte. Era un piatto molto comune, dato anche ai bambini per lo svezzamento. Tutte le mie informatrici sono concordi nel ritenere che l'alimento più importante durante l'allattamento fosse il latte, ma chi poteva beveva anche birra. Bisticche oltre che galline facevano la loro comparsa fra le carni, ma il maiale, ritenuto grasso, era da evitare perché faceva 'riscaldo'. Le anziane dicevano che salumi e insaccati rendevano il latte troppo forte, e che inoltre molti tipi di verdure usati abitualmente nell'alimentazione della montagna, come i cavoli e i fagiolini, 'passavano' nel latte e disturbavano il bambino. Andavano invece molto bene le patate (interviste n. 1 Fachin, n. 6 Adami, n. 10 Longo). Le arance erano preziose: «*las spremudas* solo per la partoriente, *era roba cjara*» dice Angelica Adami. Qualche leccornia come il marsala con i biscotti è citata solo da un'informatrice, il vino da nessuna. In sostanza il quadro è quello di un'alimentazione basata soprattutto su farina di mais e di frumento, pane, latte, burro e formaggio. La bistecca e la gallina compaiono come alimenti speciali da riservarsi al momento particolare del puerperio e dell'allattamento. Nessun cibo è considerato galattoforo oltre al latte e alla birra, ma decotti di finocchio erano usati in abbondanza, e l'acqua in cui era stato cotto orzo non mondato serviva per allungare il latte di mucca nello svezzamento (intervista n. 1 Fachin). Il decotto di malva era comunemente utilizzato come antinfiammatorio e veniva impiegato dalle madri per

l'arrossamento della pelle del sedere del bambino (interviste n. 8 Vanino e n. 10 Longo).

Quasi tutte le donne avevano latte in abbondanza e allattavano fin verso l'anno. Lina Longo racconta che nella generazione della suocera, quando erano in molte ad avere tanti figli, uno dietro l'altro, si usava allattare anche i bambini delle altre che erano fuori casa per la fienagione. La loro assenza poteva protrarsi anche per una settimana, e le donne tornavano con i vestiti inzuppati di latte. Nei primi due giorni dopo il parto il latte materno non veniva considerato buono; questa convinzione era diffusa e supportata dalla medicina istituzionale negli anni da me presi in esame, e tutte le ostetriche condotte erano concordi sul fatto (interviste n. 3 Duria, n. 5 Florit, n. 8 Vanino).

Non sono in grado di sapere se anche nelle generazioni precedenti fosse condivisa questa opinione, ma tutte le mie informatrici affermano di aver attaccato il bambino al seno solo il secondo o terzo giorno. Angelica Adami riferisce di «donne che andavano a tirar fuori» il primo latte: si attaccavano ai seni e succhiavano. Qualcuna sputava, qualcuna inghiottiva, e non è chiaro se la funzione fosse di stimolare la montata lattea o di eliminare il latte non buono.

LA PURIFICAZIONE

Dopo i quaranta giorni di isolamento, chiusa fra le pareti domestiche, la puerpera usciva per recarsi in chiesa a ricevere la benedizione del prete. Entrare 'in santo' era detto l'andare in chiesa per la purificazione (Nicoloso Ciceri 2002, p. 90). Con questo rituale la donna veniva riammessa nella comunità e reintegrata nella vita normale. Poiché ancora vulnerabile, doveva uscire accompagnata da un'altra donna, solitamente la levatrice (oppure la madre, una zia, una sorella, spesso le amiche in drappello), e in molti casi anche da una bambina, mediatrice innocente con la funzione di proteggerla lungo la via. Bisognava fare percorsi diversi all'an-

data e al ritorno per evitare brutti incontri, e presentarsi a capo coperto davanti alla chiesa. Ostermann riferisce che a Resia la puerpera si presentava avvolta da capo a piedi in un bianco lenzuolo poi, ricevuta la benedizione, «la donna depone la bianca sopravveste e torna a casa co' suoi bruni abiti campestri» (Ostermann 1940, p. 297). Spesso la donna portava addosso indumenti rovesciati e cose benedette che rimarcavano la ritualità sacra della cerimonia (Nicoloso Ciceri 2002, p. 90). Il sacerdote veniva *a tirâ dentri* la puerpera che attendeva sulla porta della chiesa, dove, dopo una prima benedizione, le porgeva una candela accesa. La donna, stringendola nella sinistra e tenendo con la destra la stola del prete, lo seguiva davanti all'altare per il rito della purificazione. Oltre a un'offerta al sacerdote, si pagavano messe ai defunti per sancire un patto con i poteri ctoni, particolarmente attivi nel periodo appena concluso.

Da questo momento la donna non è più *peçjadorie* e la sua vita si normalizza. Il dialogo liturgico è simile a quello del battesimo ed esorcizza il male. Lina Longo a questo proposito racconta: «Mi sentivo una peccatrice e pensavo: e allora gli uomini cosa sono? Non lo trovavo giusto». Poi precisa: «Il prete aspettava sulla porta e benediceva fuori, poi ci accompagnava dentro all'altare della Madonna [...]. Mi sembrava una cosa assurda [...] non si doveva andar da sole, ma accompagnate da una donna, perché si era esposte al malocchio». Esterina Fachin ricorda di essere andata in chiesa accompagnata da «una mè sâr picinina ch'a veva vot agns e dopo i eri fûr d'un pinsâr», Lina Longo dall'ostetrica, Linda Frezza dal marito perché la purificazione avveniva contestualmente al battesimo.

Molto spesso questo rito veniva celebrato con delle differenziazioni e con delle connotazioni particolari legate alle tradizioni locali e alla cultura popolare ed acquisiva quasi il significato di rito di esorcismo, o se non altro propiziatorio e scaramantico» (Del Bianco Cotrozzi 2004, p. 40).



[Play]

Complicazioni da placenta previa

Il lavoro delle ostetriche a Tolmezzo negli anni Settanta

4. DAL PARTO TRADIZIONALE ALL'OSPEDALIZZAZIONE

IL PARTO COME EVENTO CULTURALE E LA NASCITA DELL'OSTETRICIA

Il parto è un processo fisiologico, identico in qualsiasi luogo accada, ed è lo stesso da quando esiste l'*Homo sapiens sapiens*. Ci si potrebbe aspettare un adattamento comportamentale alle costrizioni biologiche per ottimizzare gli esiti positivi del parto, ma non è così. Non è mai esistito, né mai si è diffuso presso la specie umana un modo ottimale di partorire. Il parto, inoltre, è sempre stato, ed è, un evento culturale che riveste un'importanza cruciale in tutte le società, un evento transculturale (Jordan 1985, p. 73). A seconda del luogo in cui si nasce, le modalità del venire alla luce sono diverse, diversi gli attori e gli spettatori, le pratiche e le procedure, diverse perfino le finalità, pur avendo tutte come denominatore comune la sopravvivenza della specie. Le differenze sono notevoli non solo fra società tradizionali e società tecnologiche, ma anche fra società allo stesso livello di sviluppo. Ogni cultura ha elaborato il fatto biologico facendone un 'oggetto culturale'. Non esiste il 'parto naturale'; quello che noi intendiamo per 'parto naturale' è l'elaborazione culturale di un evento biologico.

Ogni gruppo sociale, ogni cultura o sottocultura ha sviluppato nel corso del tempo un diverso insieme di credenze e di pratiche integrate ruotanti attorno alla nascita, profondamente radicate nella cultura da cui traggono origine e che in quella cultura acquistano significato, coerenti con la visione generale di quel po-

polo riguardo al mondo, al soprannaturale, al modo di gestire il corpo, al ruolo e alle competenze della donna, alla concezione di essere umano (Jordan 1985, p. 76).

Jordan chiama questo insieme di credenze e pratiche integrate 'sistema natale'. Ogni 'sistema natale' è basato sul consenso sociale e riflette nel significato più ampio i valori su cui poggia la società che lo ha prodotto. Come momento critico cruciale del ciclo della vita, in virtù dell'importanza che riveste per la sopravvivenza del gruppo e della specie, la nascita non è affidata alla gestione dei singoli ma è oggetto di precise norme condivise. Come insieme organico questo sistema di norme rispecchia e al tempo stesso rafforza l'orizzonte di pensiero del gruppo a cui appartiene.

Il parto ha sempre rappresentato un pericolo per la sopravvivenza della madre e del bambino, e nemmeno in una società tecnologicamente avanzata come la nostra è privo di rischi. I gruppi umani quindi si sono dati norme volte a tutelare la salute della donna e del neonato, ma ricordiamo che nessuna pratica terapeutica è solo tecnica, e che ogni scelta tecnica poggia su fondamenti culturali. Le pratiche di un sistema, in questo caso del sistema parto, sono internamente coerenti e interdipendenti. Hanno senso solo al suo interno ma, al di fuori di quello, si svuotano e perdono di significato. Le pratiche del parto sono interrelate (Jordan 1985, p. 78) e sono strettamente dipendenti dal sistema che le ha prodotte. Quando a livello sociale si producono profondi cambiamenti anche il 'sistema natale' ne è influenzato e tutti i suoi elementi tendono progressivamente a mutare.

Il passaggio dalla società contadina tradizionale alla società industriale ha visto nel Settecento il secolo di svolta. Orizzonti e punti di riferimento vanno mutando, un intero sistema di pensiero, prima ancora che di vita, viene messo in discussione. I perni su cui poggia la cultura tradizionale, sedimentata in secoli, stratificata in millenni, vanno via via cambiando.

Nell'universo tradizionale tutto è legato e coerente e niente ha senso se non rimanda al tutto universale e simbolico; nell'universo razionale, invece, tutto è divisibile e analizzabile, dalla sfera esterna celeste alla infinitesima particella della cellula. La ragione umana cerca di comprendere e di spiegare il mondo fisico passandolo faticosamente al vaglio alla ricerca di leggi certe e costanti. Il sapere umano si fonda sull'esperienza filtrata dall'intelletto. Attraverso un rigoroso confronto dei dati provenienti dall'esperienza, il ragionamento critico ricava delle costanti e cerca di quantificarle. Ma non è detto che la natura sia come ce la rimandano i sensi. La scienza va costruita prescindendo dalle qualità soggettive.

La percezione che le persone comuni hanno della realtà nella società tradizionale poggia invece sul proprio vissuto radicato nel passato collettivo e fondato su un presente socialmente condiviso e ritualmente scandito. L'universo è un tutto unitario, la materia che lo compone è continua e omogenea, racchiude catene di corrispondenze che solo l'uomo è in grado di cogliere e la magia di comprendere e spiegare. La natura è un tutto vivente che ha in sé un'anima, un principio di attività interno e spontaneo, fra il macrocosmo e il microcosmo esistono puntuali corrispondenze che rimandano ai significati simbolici delle cose. Un oggetto non è mai semplicemente se stesso ma è anche segno di altro. La conoscenza è tramandata oralmente attraverso la comunicazione diretta da persona a persona. I saperi sono sedimentati in tempi lunghi, millenari, consolidati in forme condivise, trasmessi attraverso rituali che li marcano e li sottolineano. Poco ci è dato sapere di come per millenni le donne hanno partorito, di come hanno vissuto, sentito, agito, dei modi in cui hanno pensato la propria presenza nel mondo e organizzato il momento centrale della loro esistenza attorno al potere più forte e più misterioso di cui sono dotate: generare la vita. Possiamo trovare le tracce della loro storia annidate nei

residui non scritti della tradizione, nei detti, nelle rime, nei simboli e nei segni, nelle nostre interne categorie affettive e psichiche, eredità di una presenza non visibile e marginale ma essenziale per la sopravvivenza dell'intera comunità umana.

Mettere al mondo bambini è sempre stata l'attività delle donne, passata sotto silenzio come un fatto non rimarcabile, eppure connotata da una così forte valenza culturale che proprio la marginalità e l'invisibilità sono l'esplicita ammissione della sua potenzialità eversiva. Trasmettere la vita in una società patriarcale patrilineare e spesso patrilocale, pone già di per sé un problema di potere; confinate nell'ambiente domestico le donne hanno continuato le loro attività di riproduzione, allevamento e cura della prole, condividendo pratiche e saperi entro ambiti e spazi a loro propri.

Potere esorcizzato, cancellato, negato, sempre comunque sottoposto a un rigido controllo sociale, finalizzato a mantenere la discendenza, l'appartenenza alla famiglia, l'ingresso nella comunità, a garantire la legittimità dei figli, in modi e forme diverse a seconda dei differenti contesti culturali; potere che distingue alla radice il genere femminile rispetto a quello maschile, che si caratterizza e si definisce per il potere opposto e speculare di 'dare la morte' o di 'sfidare la morte', nella caccia, nella guerra o nel sacrificio cruento, come osserva l'antropologo W. Burkert (Burkert 1981). In questa luce il parto diventa la massima esplicitazione ed espressione dell'identità femminile, mentre la guerra si configura come 'rituale' di autorappresentazione e autoconvalida della società maschile che si stabilizza nell'incontro con la morte, in una ostinata disponibilità alla morte e nell'ebbrezza della sopravvivenza (Filippini 2002, p. 19).

Gli uomini hanno cominciato a occuparsi del parto nel corso del Settecento, nel momento in cui la medicina si è strutturata come dottrina scientifica ed è nata la moderna ostetricia. I medici dedicano la loro attenzione ai parti difficili, descrivono le posizioni considerate non normali e adottano provvedimenti e tecniche volte alla soluzione delle comples-

se situazioni che ne derivano. Per la prima volta sono uomini a occuparsi di parti e di funzioni del corpo della donna, fino ad allora esclusivo appannaggio femminile. Quello che apparentemente potrebbe essere letto come progresso scientifico è, in realtà, frutto di un processo che porta a una svolta nel modo di considerare la riproduzione, il parto, la gravidanza e la donna che ne è protagonista.

La scoperta dei follicoli ovarici ad opera di Réinier de Graaf (1672) e degli spermatozoi ad opera di Leeuwenhoek (1679) e lo sviluppo di ricerche sul feto comportano l'elaborazione di nuove ipotesi sulla generazione. La teoria ovista da un lato e quella animaculista dall'altro affermano che nell'uovo o nell'animaculo spermatico è contenuto in scala ridotta, ma completo in tutte le sue parti e già formato, l'individuo che deve nascere. La fecondazione si limita ad attivare la crescita di un'entità pienamente organizzata e a provocarne lo sviluppo visibile.

La teoria preformista, accordandosi con il meccanicismo, trasforma il problema della generazione in un problema di crescita, slegandolo dal ricorso a principi vitali e a forze presenti nella natura capaci di organizzare la materia (Rossi 2004, pp. 251-254).

Questo sviluppo di pensiero ha importanti implicazioni teologiche. Il feto è visto fin dall'inizio del concepimento a tutti gli effetti come un essere perfetto, completo in tutte le sue parti, che aspettano solo di svilupparsi, già dotato di autonomia all'interno del corpo della madre. Si comincia a ipotizzare una sua indipendenza a partire da un determinato grado di sviluppo, che corrisponde al quinto-sesto mese di gravidanza, tale da potere pensare a uno sviluppo esterno al corpo materno, in ambiente protetto e caldo. È una svolta etica che sconvolge i principi di rappresentazione del bambino in utero e del corpo materno in gestazione. La visione tradizionale vedeva il bambino come un'appendice del corpo materno a esso intimamente interrelato.

Nell'immaginario tradizionale tutto quello che la madre faceva, provava e introiettava aveva ripercussioni certe sul feto, informandolo, deformandolo, plasmandolo. In una corrispondenza biunivoca madre e bambino si influenzavano a vicenda. L'uscita dall'utero rappresentava per il feto la raggiunta maturità e autonomia, il suo diventare un essere completo. I bambini che non nascevano spontaneamente, ma venivano estratti con taglio cesareo in seguito alla morte della madre, venivano detti 'non nati' anche se viventi, come accade per Macduff nel *Macbeth* di Shakespeare (Filippini 2002, p. 20).

Nella svolta etica ha un ruolo centrale la religione: il gesuita italiano Emanuele Cangiarnila in *Embriologia sacra* parla del feto in termini di 'bambino', di 'essere da tutelare e proteggere' oltre che di anima da salvare dalle pene dell'inferno (Cangiarnila 1745). La teoria dell'animazione precoce fin dal momento del concepimento, condannata dalla Chiesa ancora nel Seicento, comincia da allora in poi a essere sostenuta da autorevoli teologi, fino ai pronunciamenti ufficiali del Sant'Uffizio alla fine dell'Ottocento che stigmatizzano come omicidi tutti gli interventi chirurgici distruttivi della vita del feto (Filippini 2002, p. 24).

Nella tradizione precedente la vita della madre era sempre stata considerata più importante. Nei parti a rischio, quando si doveva decidere tra la sua vita e quella del bambino, era sempre la vita della donna a essere privilegiata, anche a costo di sacrificare il feto. Una posizione fino ad allora condivisa anche dalla Chiesa e molto radicata nella cultura tradizionale che, come ho già detto, concepiva il bambino come un individuo solo dopo la nascita.

In questo modo di vedere si iscrive anche la posizione di un'ostetrica da me intervistata che di fronte al rischio, durante un parto, della morte della madre e del nascituro, era preoccupata per la donna, che aveva già quattro figli da allevare, e non per il bambino. Se avesse dovuto scegliere,

cosa che per fortuna non avvenne, non avrebbe avuto dubbi (intervista n. 5 Florit).

Parallelamente al mutamento etico nella considerazione del feto, nel corso del Settecento si afferma sul piano politico un nuovo concetto di stato e di cittadinanza. L'affermazione dello stato moderno concepito come corpo sociale di cui il sovrano è espressione, e che è preposto a tutelare, fa sì che il benessere dei cittadini e la cura del popolo diventino obiettivi prioritari dei governi illuminati.

Il potenziamento demografico e la lotta contro la morbilità e la mortalità della popolazione vengono affidati a organismi appositi di 'polizia medica'. In questo contesto la procreazione e il parto acquistano un particolare valore sociale. Se nella società tradizionale la nascita era un evento che riguardava la famiglia e la comunità, da allora in poi diventa un fatto di interesse pubblico. Il nascituro è un 'cittadino non nato' che deve essere considerato a tutti gli effetti un cittadino esistente, portatore di diritti, *in primis* quello alla vita. Alla personificazione dell'embrione sul piano etico ne corrisponde una sul piano giuridico dei diritti civili. Ma considerare 'cittadino' il feto significa considerare la donna gravida un contenitore di futuri cittadini, il suo corpo un 'luogo pubblico', la sua funzione procreativa un bene pubblico (Filippini 2002, p. 22). L'incremento demografico è proporzionale alla potenza degli stati, e investire per lo sviluppo demografico significa operare per il rafforzamento dello stato.

Gli stati moderni emanano legislazioni per tutelare e proteggere le madri e i nascituri, si occupano dei figli illegittimi e della loro cura, prima appannaggio di istituzioni ecclesiastiche, creano ospizi per ragazze madri povere e al contempo attuano una politica di controllo sulle donne incinte e sugli aborti. L'obiettivo della lotta alla mortalità materno-infantile è perseguito attraverso un intervento pubblico a sostegno delle nascite. Ai chirurghi-ostetrici sono affidati

compiti e ruoli che ridisegnano, dopo secoli di continuità tradizionale, le modalità della nascita.

Vengono aperte e istituite le scuole per la formazione delle ostetriche, dirette dai medici ostetrici, la cui frequenza è obbligatoria per l'esercizio della professione. A un sapere millenario si sovrappone un sapere tecnico che ha pretese di oggettività, che cerca di estirpare usi, consuetudini, convinzioni antiche e consolidate nel tempo. I medici sono tutti uomini, estranei ai linguaggi, alle percezioni, all'immaginario e al simbolico dell'universo femminile. Cercano di indagare, di definire, di classificare secondo categorie scientifiche quello che le donne provano e che accade durante la gravidanza. È interessante leggere quello che scrivevano alla fine del Settecento i manuali di ostetricia a proposito degli indizi di avvenuto concepimento: «Il primo probabile segno è un certo particolare piacere, che prova l'uomo, e la donna oltre l'ordinario, il quale nelle donne suol essere maggiore [...] anzi alcune donne in tal tempo svengono» (Roederer 1775, p. 44). E altrove: «Rapita in quella copula straordinariamente la Donna per lo soave spasimo, per lo non solito convellimento, se ne rendettero asciutte in ambedue i Sessi le parti genitali: perché il maschio à lanciato con forza, e la Femmina assorbito con avidità» (Malacarne 1791, pp. 54-56). È curioso quanto faccia sorridere oggi la pretesa scientificità di allora, e basta questo a dire della valenza profondamente culturale di ogni approccio che vuole qualificarsi semplicemente tecnico. Volendo definire sensazioni che non sono loro, gli uomini confondono orgasmo e concepimento con un traslato che sta a significare l'identità virilità-fertilità nell'immaginario maschile e insieme la totale ignoranza e la non frequentazione delle sensazioni del piacere sessuale femminile. Malacarne descrive ancora: «una insolita languidezza, una certa stanchezza delle membra inusitata, [...] scosse di tremore, di fremito» (*ivi*, p. 57). Qui la sovrapposizione è fra l'orgasmo femminile e la condizione di gravidan-

za, con un'associazione che rimanda alla rappresentazione della gestazione come momento di debolezza e di malattia. La medicalizzazione del parto e l'appropriazione della sua gestione da parte di una categoria di tecnici maschi passa attraverso la trasformazione di un processo fisiologico in una malattia da curare e sorvegliare. Nata come scienza che doveva curare la patologia, l'ostetricia estende gradualmente il suo campo di azione alla normalità, equiparando la gravidanza a uno stato di debolezza e di morbilità. Non si tratta solo di evitare complicazioni e aborti, ma anche di impedire che le donne se li procurino e di controllare con che tempi e con che modi svolgono la loro funzione riproduttiva. Le voglie di una donna incinta non vanno semplicemente assecondate come avveniva nella cultura tradizionale, vanno disciplinate e incanalate. Fra i pericoli da rifuggire, oltre agli eccessi di movimento e di fatica, vi sono le emozioni forti, i 'desideri sfrenati' e le 'passioni d'animo' (Parma 1981, p. 100). «Porre dei limiti al desiderare delle donne gravide significa arginare la loro supremazia nella procreazione, campo in cui neppure il fatto di essere medico consente all'uomo di introdursi a pieno titolo» (*ivi*, p. 101).

DAI SAPERI TRADIZIONALI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Delle pratiche e dei saperi accumulati da generazioni di donne che hanno assistito altre donne nei parti molto poco è dato sapere. Tramandati oralmente, rinnovati nell'esperienza diretta che ogni donna faceva personalmente e arricchiva in un rapporto di mutuo soccorso con il parentado e con il vicinato, i contenuti di questo sapere ci sono giunti filtrati attraverso la tradizione come tracce e frammenti.

La cultura europea medievale delegava ai cerusici gli interventi di chirurgia ostetrica e la considerava una professione minore e impura. La dottrina dei Padri della Chiesa associava la donna al peccato. Avere a che fare con l'apparato

genitale femminile equivaleva a trattare con il Maligno, e la nascita era quindi appannaggio femminile, essendo agli uomini proibito presenziare ai parti.

Il mondo femminile, confinato in un ambito domestico, appartato e invisibile, viveva e agiva rigidamente separato dalla sfera pubblica visibile e documentata, di esclusiva pertinenza maschile. Nella società contadina tradizionale, accanto alla presenza capillare del culto cristiano istituzionale, sopravviveva l'universo simbolico di un mondo arcaico precristiano carico di rituali, di segni e di linguaggi che con esso si fondevano e si sovrapponevano in un intreccio inestricabile. La figura della levatrice, che per definizione svolge un ruolo terapeutico, si trova da sempre al punto d'incontro fra le due culture, quella istituzionale e quella tradizionale. Investita di un compito così importante come quello di 'raccolgere' la vita e farla crescere, doveva a un tempo godere della fiducia della Chiesa, delle autorità costituite e delle donne. Padroneggiava saperi antichi che avevano a che fare con i cicli della natura e i ritmi cosmici, con l'uso delle erbe e con le pratiche magiche ed era per questo considerata con sospetto dalle istituzioni, ma preziosa per il mondo contadino.

Attorno a lei si stratificava un tessuto di figure intermedie, di donne di esperienza, senza titolo e senza qualifica, che aiutavano nei parti, 'aggiustavano le ossa', 'segnavano' per guarire dai malanni, con le quali spesso la levatrice stessa si confondeva, per lo meno fino a quando non furono istituiti corsi di istruzione ufficiali per la formazione delle ostetriche.

In questo tessuto si sono radicate credenze e saperi che sono giunti fino a noi come fili mai completamente spezzati di una trama che non è ancora andata perduta e sta a noi contemporanei tentare di riannodare. Il mio intento era quello di scoprire se attorno all'evento della nascita erano sopravvissute pratiche e memorie che si rifanno a questi saperi. Il periodo che ho preso in considerazione attraverso il rilevamento diretto copre un arco di tempo che va dal 1942 agli

ultimi anni Settanta per quel che riguarda le ostetriche, un periodo leggermente più ristretto per quel che riguarda le donne che hanno partorito. Gli ultimi parti domiciliari che mi sono stati descritti dalle testimoni risalgono al 1962.

Il territorio esaminato è omogeneo, come ho spiegato nella descrizione delle fonti, e comprende alcuni paesi della Val Degano e della Valle del But. La realtà che emerge dalla mia ricerca è quella di un ambiente sicuramente residuale rispetto alla contemporanea evoluzione del parto nella pianura e in città. La montagna friulana presentava fino ai primi anni Settanta una situazione di specificità della struttura economica e del territorio che ha permesso la sopravvivenza di forme culturali e di relazioni sociali impensabili in pianura. Alcune località fra quelle da me prese in considerazione, per la loro collocazione topografica, si trovavano in condizioni di isolamento, a causa della mancanza di strade e di collegamenti praticabili durante la stagione invernale, perlomeno nel periodo considerato. È il caso di alcune frazioni di Lauco.

L'analisi del materiale che ho raccolto mi permette di affermare che fra il sapere tradizionale e le modalità della nascita nel periodo in cui si partoriva in casa con l'assistenza dell'ostetrica non esiste una cesura, ma persistono molti elementi di continuità. Il sapere tecnico-scientifico delle ostetriche riesce a integrarsi con il sapere tradizionale attraverso l'apprendimento dalle donne anziane e dalle levatrici precedenti di pratiche e modalità che l'istruzione medica istituzionale non prevede. Le ostetriche dimostrano una notevole disponibilità a modificare e ad adattare i loro comportamenti a una realtà che non corrisponde al modello appreso. Questo fatto denota non solo intelligenza e autonomia critica, ma una sensibilità che è essa stessa parte di un bagaglio culturale di genere e di gruppo, appreso attraverso una catena di gesti e di comportamenti tramandati di madre in figlia di generazione in generazione.

Va rimarcato che questa indipendenza e disponibilità rimane presente e viva anche nell'esercizio della professione in ambito ospedaliero da parte delle ostetriche giovani, fino a quando non viene istituito il reparto di ostetricia e ginecologia a Tolmezzo nel 1978. Da quel momento in poi i loro spazi di autonomia si riducono; i protocolli medici prevedono pratiche di intervento e di intromissione sui ritmi e sui tempi del travaglio e del parto a cui le ostetriche devono sottostare, e il rapporto con le utenti ne risulta profondamente mutato e alterato (intervista n. 2 Linda).

Da una gestione quasi domestica e familiare del momento del parto si passa a una tecnicizzazione spinta che espropria ostetriche e madri di un atto che a loro appartiene e che la procedura medica stravolge in nome di principi scientifici.

La storia di un bambino comincia sempre dalla sua gestazione e da come la madre l'ha vissuta: tutte le donne lo sanno e il pensiero magico lo rimarcava cercando rimandi e analogie con i segni che la gestante poteva aver colto o indotto attorno a sé per tutto il tempo della gravidanza. Questa concezione è ancora viva nella mentalità comune: l'informatrice Natalina Longo dice che in gravidanza bisogna evitare alla donna sofferenze oltre che desideri. Sofferenze e desideri sono molto più che emozioni, sono situazioni formative, che si imprimono perché sono senza soluzione. Un desiderio senza risposta e una sofferenza senza sbocco segnano la madre come segnano il bambino. Di tutti gli indizi benaugurali e di malaugurio forse non è rimasta traccia, ma dell'importanza delle voglie e dei forti sentimenti in gravidanza certamente sì. È interessante che anche la scienza dia oggi peso agli stati d'animo della madre durante la gestazione.

La storia di una nascita comincia sempre con i calcoli basati 'sulle lune' e le previsioni su quando la luna 'si farà' e il bambino nascerà. Continua con le ansie e i consigli dispensati dalle donne che hanno già provato.

Nei confronti di una donna che doveva partorire, fino a quando il parto era in casa, si attivava una catena di solidarietà femminile e una circolazione di informazioni attraverso vicine, parenti e donne esperte, che attingeva alla cultura orale fondata sull'esperienza diretta. Prima del parto nessuna sapeva niente, affermano le intervistate, ma al momento del bisogno c'era chi sapeva. Compariva una vicina che spiegava che tutto quel fare pipì non era pipì, ma il parto aperto: «Io facevo pipì continuamente e una vicina di casa mi ha detto, guarda che sei per partorire» (intervista n. 6 Adami), oppure una zia che tastava la pancia e diceva: «Guarda che ce n'è un altro» (intervista n. 7 Durigon). Nei borghi isolati e nei piccoli paesi c'era sempre una donna anziana che se la sapeva cavare anche in assenza dell'ostetrica.

Natalina Longo racconta la storia di Letizia della Pietra di Ovaro, morta nel 1961, che aiutando qui e là aveva fatto partorire almeno cinquanta donne. L'intervistata riferisce che nei suoi parti l'ostetrica lasciò fare tutto a Letizia quasi senza intervenire, segno inequivocabile della fiducia e collaborazione che regnava fra le due. In tutte le interviste raccolte nessuna delle ostetriche ha mai commentato negativamente la presenza di queste donne esperte, riconoscendo loro il merito di esserci dove esse non riuscivano ad arrivare (interviste n. 5 Florit, n. 8 Vanino) e di operare con buon senso.

In un mondo in cui tutti si conoscevano e i rapporti erano improntati alla vicinanza e all'assistenza reciproca, anche le levatrici, che di quel mondo facevano parte, si muovevano all'interno di un quadro di relazioni fiduciarie e di conoscenza personale, non come figure tecniche esterne alla situazione che pretendono di detenere un sapere che gli altri non hanno. Quando le ostetriche domiciliari affermano «Le vecchie dicevano: una volta si faceva così» (intervista n. 3 Duria) oppure «*la comari vecje mi à insegnât [...] braves vecjes che e savevint plui di nou*» (intervista n. 8 Vanino) riferendosi a qualcosa appreso dalle anziane, fanno un atto di profonda

umiltà e di sapienza. Prendendo quello che a loro sembra buono della tradizione e rivitalizzandolo, accettano il sapere che le ha precedute e vi si connettono, lo integrano nelle loro conoscenze e in questo modo lo trasformano in qualcosa che è altro.

Quando la levatrice di Lauco decide di far partorire in ginocchio non fa solo qualcosa di coraggioso e di nuovo, fa qualcosa di antico e di saggio, ripete e riattualizza il gesto di tante generazioni che l'hanno preceduta. È un atteggiamento condiviso anche dalle altre ostetriche: ognuna riprende qualcosa di tramandato e lo fa suo, chi il secchio di acqua calda con i fumenti di erbe per dilatare l'utero, chi l'abitudine a far camminare durante il travaglio, chi l'olio per ungere la vagina e far passare la testa del bambino senza lacerazioni.

Attivano una catena di valori che acquista senso in quanto ogni anello ne precede un altro e ne segue uno simile. Dal punto di vista delle procedure, tutte intervengono pochissimo sui ritmi fisiologici del parto; se questo non presenta problemi, non utilizzano stimolanti per indurre le contrazioni e raramente si ritrovano di fronte a lacerazioni e a necessità di punti. La metà non utilizza né il clistere, né la tricotomia (rasatura dei genitali), qualcuna per scelta, qualcun'altra per mancanza di tempo, dato che spesso arrivano a travaglio inoltrato (interviste n. 5 Florit, n. 8 Vanino).

Tutte seguono i parti dall'inizio alla fine stabilendo con le donne un rapporto quasi confidenziale che continuerà nel tempo, come consulenti per la cura dei bambini prima, come amiche personali poi (interviste n. 3 Duria, n. 5 Florit, n. 6 Adami, n. 8 Vanino, n. 10 Longo). Va detto che le ostetriche dovevano spostarsi quasi sempre a piedi per raggiungere località inaccessibili con altri mezzi e si trovavano a fronteggiare da sole complicanze temibili.

Il medico, se chiamato, poteva non arrivare in tempo, e la scelta di portare la donna fino a Tolmezzo, all'ospedale più

vicino, spesso era improponibile. Il loro lavoro richiedeva non solo forza e resistenza fisica, ma anche una notevole fatica psichica per le difficoltà in cui si trovavano a operare e i pochissimi mezzi tecnici di cui disponevano. Le cose che mi sono state raccontate hanno dell'incredibile e smentiscono qualsiasi manuale di ostetricia: casi di placenta previa centrale (cioè in posizione bassa, che copre il collo dell'utero) risoltisi con un parto per via naturale e la sopravvivenza di madre e bambino, posizioni podaliche e trasverse ugualmente risolte senza taglio cesareo, emorragie fermate nei modi più estremi (interviste n. 2 Linda, n. 8 Vanino). «*No era la strada, bisognava andare da Buttea a Fusea, e da Fusea a Tolmezzo, a mi murive la femine, il frut no mi interessave, che a 'nd ere encje masse... se jo o voi jù a Tolmezzo no la salvi, chë e je pocje ma sigure, i scuen rangjâmi, pocjes probabilitâts, ma pos encje salvâle, è nato chist frut cuntun colâr di placenta, vîf, e la femine, cuant che e jes la placenta, l'emorragia si ferma*» (intervista n. 5 Florit).

Tutto questo non è merito di una recuperata naturalezza del parto, ma di un diverso rapporto culturale con esso. Alla base di questi apparenti miracoli c'è un modo di porsi attivo rispetto alla nascita, che è frutto del sapersi protagonisti sia da parte delle ostetriche che delle partorienti e del sapere che quell'atto, il dare alla luce, si iscrive in un fare millenario ma è, nel momento in cui si attua, unico e proprio.

Il lavoro lento, ripetitivo, continuo e sistematico delle donne ha sperimentato metodi per la sopravvivenza, modi per la trasformazione dei materiali, degli alimenti, gesti per la cura dei figli e degli anziani. È all'interno di questo infinito millenario lavoro che si colloca quell'unica chance rappresentata per ogni donna dal parto. Senza tutto il prima e tutto il dopo, quell'atto perderebbe di forza e di possibilità.

La consapevolezza soggettiva delle donne che hanno partorito in casa che ho intervistato non è diversa da quella delle donne che hanno partorito in ospedale; cambia solo una

cosa, che loro hanno fatto da sole. Semplicemente perché si faceva così, come si è fatto sempre, senza il medico, senza qualcuno a cui delegare la propria fatica, qualcuno che decidesse al loro posto. È vero che c'era l'ostetrica, ma dopo di lei nessuno, anzi c'erano la mamma, la zia, forse la cognata e la nonna, ma nessuna autorità maschile a risolvere i problemi. A questo proposito l'ostetrica Eva Duria mi ha raccontato la storia di una donna pluripara che si era fatta visitare al termine della gravidanza. «Per fortuna – le avevo detto – che si è fatta vedere, il bambino è messo male, è trasverso, dovrà andare a partorire in ospedale, sarà un cesareo». La donna le aveva risposto tranquilla: «Non si preoccupi, vedrà che si gira, ho sempre partorito normalmente, nascerà anche questo come gli altri». Le insistenze di Eva non l'avevano convinta, pertanto al momento del parto era ancora a casa. Aveva chiamato l'ostetrica che, al vederla, era inorridita. «Per l'amor di Dio, è ancora qui?!», aveva detto Eva, e la donna: «Non stia ad aver paura». Senza speranze, Eva l'aveva visitata e aveva dovuto constatare, con stupore, che il bambino in effetti si era girato e si presentava normalmente (intervista n. 3 Duria). La scelta di quella donna rivela una fiducia illimitata non nella propria forza, ma in quella condivisa da sempre con tutto il genere femminile, attinta dai gesti quotidiani, rispecchiata dai cicli della natura.

DALL'ASSISTENZA DOMICILIARE ALL'OSPEDALIZZAZIONE DEL PARTO

Con la riforma sanitaria del 1962 i parti in struttura ospedaliera divennero gratuiti per tutti e pagati dallo stato². Fino ad allora lo erano stati solo i parti distocici; gli altri venivano assistiti a domicilio dalle ostetriche condotte. Da quel momento le nascite si spostarono progressivamente negli ospedali. Le ostetriche condotte continuarono a fare il loro mestiere assistendo le donne durante la gravidanza e

² «Gazzetta Ufficiale», n. 232 del 14/09/1962, art. 7, lett. e.

nella prima fase del travaglio. Per molti anni rimase prassi comune rivolgersi a loro nell'imminenza del parto, e farsi poi accompagnare in ospedale. Tutte le levatrici mi hanno confermato di aver assistito ancora a lungo, dopo la riforma, ai parti delle donne delle loro condotte, solo che questo avveniva sempre più spesso presso il reparto di ostetricia. Là il loro ruolo si fermava al travaglio, perché il parto era competenza dell'ostetrica ospedaliera. Potevano però presenziare senza intervenire. Erano dunque deputate a un ruolo di supporto e di sostegno psicologico. Lo facevano per amicizia e per conoscenza, non per obbligo, dato che l'intervento non era retribuito. Negli anni Settanta le ostetriche condotte furono riutilizzate nei consultori familiari fino al pensionamento, poi la loro figura scomparve completamente (interviste n. 3 Duria, n. 5 Florit, n. 8 Vanino). Il passaggio dal parto domiciliare al parto ospedaliero fu motivato dalla maggior sicurezza sanitaria che il reparto di ostetricia avrebbe dovuto garantire e, ragione prioritaria per molte donne, dalla possibilità di riposare per qualche giorno in una corsia d'ospedale, spese dallo stato, senza sporcare biancheria e ribaltare la casa.

Nella realtà della Carnia che ho esaminato si viene a creare a cavallo degli anni Sessanta e Settanta una situazione del tutto particolare e probabilmente anomala rispetto al resto del territorio friulano. A Tolmezzo in quel periodo l'ostetrica faceva capo al reparto di chirurgia generale, dipendeva dallo stesso primario e non aveva personale medico dedicato. I parti cesarei erano perciò di competenza dei chirurghi, i parti distocici anche. Il che significava, in pratica, che gran parte dei parti distocici venivano gestiti dalle ostetriche, essendo i medici già troppo occupati con più gravi emergenze, e avendo i chirurghi una scarsa considerazione dell'ostetrica. Quando era possibile, non volevano essere disturbati per un parto.

Le ostetriche che ho intervistato, che hanno lavorato a Tol-

mezzo a partire dai primi anni Settanta (interviste n. 2 Linda e n. 4 Magri), godevano di una libertà e di un'autonomia impensabili oggi in qualsiasi reparto di ostetricia. Potevano gestire i parti come meglio credevano, erano tre in tutto, lavoravano tanto, non smontavano il turno per portare fino al parto un travaglio che avevano iniziato a seguire, si sobbarcavano ritmi che la legislazione attuale non consentirebbe, ma raccoglievano impagabili soddisfazioni. «Quando iniziavo con una donna non la lasciavo», mi ha detto Maria Linda; le presentazioni podaliche si risolvevano il più delle volte per via naturale, come avveniva prima nei parti domiciliari. Venivano utilizzati pochissimo gli stimolanti per le contrazioni uterine e di episiotomie se ne facevano davvero poche. Le donne durante il travaglio erano lasciate libere, e anzi consigliate di camminare e di muoversi. L'ostetrica le accompagnava passeggiando lungo il corridoio, cercava un rapporto personale, non le abbandonava perché era finito il suo turno lavorativo, ma si faceva carico di loro fino alla fine, così come facevano prima a casa le ostetriche condotte. «Ci capitava di fare anche ventiquattro ore consecutive, avevamo tutto il tempo di coccolarci e di godercene, le donne», racconta Elena Magri.

Il monitoraggio del battito cardiaco fetale con il cardiocotografo non era allora ancora entrato nelle pratiche di routine, perciò gli interventi di tipo medico durante il travaglio e il parto erano limitati al minimo. La prassi prevedeva la visita iniziale, la tricotomia (rasatura dei genitali e del perineo) e il clistere; poi, a parte gli ulteriori controlli per verificare il grado di dilatazione raggiunto durante il travaglio, non c'erano altri interventi medici (interviste n. 2 Linda e n. 4 Magri). Tutto il processo del travaglio e del parto era seguito, a meno di gravi problemi, dall'ostetrica, e sempre dalla stessa. Si può considerare questa realtà come una trasposizione della dinamica dell'assistenza domiciliare dentro l'ospedale. I soggetti sono i medesimi: la partoriente e l'ostetrica, l'am-

biente è un reparto ospedaliero, ma l'interazione fra i soggetti non cambia, perché le pratiche sono ancora le stesse e il rapporto resta di tipo personale. «Avevamo molta responsabilità ma molta soddisfazione, noi gestivamo il rapporto dall'inizio alla fine, dal travaglio, al parto, all'allattamento, come le ostetriche fuori» (intervista n. 4 Magri). La donna non è un oggetto di pratiche mediche, ma un soggetto con cui l'ostetrica interagisce tutto il tempo, e che diventa, spesso, dopo quell'esperienza, perfino un'amica. «Eravamo lì, sempre insieme, e anche il bambino dopo, lo seguivo io, stavano cinque giorni [in ospedale] e anche con i cesarei in dieci giorni, facevi una conoscenza, dopo, che diventavi!... Ma una cosa!» (intervista n. 2 Linda). Il rapporto privilegiato fra partoriente e ostetrica è un rapporto fra donne che provengono dallo stesso ambiente, e che di nuovo si incontreranno in paese. Il quadro non è mutato molto rispetto a pochi anni prima, quando l'ostetrica andava in casa.

Gli interventi di tipo medico sono variati poco, le intromissioni di altre figure sanitarie sono minimi. Il fatto più notevole è la scelta, condivisa fra le ostetriche del reparto, di seguire fino alla fine del parto una donna, una volta presa in carico. Le difficoltà organizzative, legate ai turni e agli orari, vengono risolte attraverso uno scambio vicendevole. Si attivano relazioni e logiche improntate allo spirito di collaborazione e di reciprocità; il soggetto privilegiato è la partoriente, meritevole di rispetto, bisognosa di sostegno prima di tutto psicologico, oltre che medico. Il parto resta un discorso intessuto fra donne, dove ha più spazio la relazione che l'intervento tecnico.

Questa sorta di limbo terapeutico durò fino al 1978, anno di istituzione del reparto di ostetricia e ginecologia. «Così è successo nel '78, con l'istituzione del reparto, che è cambiato tutto, noi eravamo più di presenza al momento del parto» (intervista n. 2 Linda). Da allora ci furono radicali mutamenti. E cominciarono gli orrori, a detta delle stesse ostetriche:

«Era il periodo più orrendo, per il discorso dell'episiotomia è stato una roba, veramente, che tu avessi bisogno o che tu non avessi bisogno, ti beccavi l'episiotomia»; «Dopo nel '78 è cominciato che obbligavano a stare a letto, e doveva stare lì anche chi aveva le contrazioni, mi ricordo che eran queste donne, e anche noi abituate, da sole, si faceva camminare, ti sembrava una cosa lasciarle lì! Una che aveva rotto il sacco non poteva neanche andare in bagno, in quel periodo» (interviste n. 2 Linda e n. 4 Magri). Erano gli anni Ottanta, anni di interventismo e di medicalizzazione spinta, anni di indicazioni terapeutiche che, in nome del progresso scientifico e della tutela della salute del bambino, stravolgevano i ritmi naturali del travaglio accelerandolo, al prezzo di contrazioni dolorose e ininterrotte indotte dall'ossitocina, e di lacerazioni quasi sicure in fase espulsiva. «Tutta questa stimolazione, sempre la donna a letto, sempre questi cardiocografi e sempre con questo battito, era veramente un'ossessione per la donna e per l'ostetrica» (intervista n. 4 Magri).

Anni in cui i parti cesarei si moltiplicavano in maniera esponenziale e l'episiotomia era di routine. Gli atti medici per accorciare il travaglio si succedevano uno all'altro senza soluzione di continuità, tanto che la donna spesso aveva l'impressione di essere semplicemente carne da macello, un contenitore da cui bisognava al più presto estrarre il bambino, unico a meritare attenzioni, sempre beninteso di tipo medico. Con il neonato la procedura era più o meno la stessa: ripulirlo, lavarlo e separarlo dalla madre nel più breve tempo possibile – come se la velocità fosse garanzia di salute – e ficcarlo nel luogo più asettico possibile, un luogo separato in cui nemmeno la madre poteva entrare e da cui il bambino veniva fatto uscire a orari stabiliti.

L'ingresso della tecnologia nelle sale parto e travaglio fa spostare l'attenzione dalla persona, la donna che deve partorire, alla macchina, che diventa soggetto, protagonista e oggetto dell'interesse medico:

L'attenzione tende a spostarsi verso la macchina ed i suoi messaggi, piuttosto che verso la donna, che finisce per divenire un semplice piano d'appoggio della apparecchiatura di registrazione del battito cardiaco fetale. Contemporaneamente l'uso della macchina rafforza nelle partorienti il senso di dipendenza, di sfiducia nelle capacità del proprio corpo, accentuato dall'assenza di incoraggiamento e protezione da parte di chi le assiste (Regalia 1982, p. 30).

Elena Magri, confrontando il periodo iniziale del suo lavoro a Tolmezzo con quello successivo degli ultimi anni, osserva:

Nel 1992-93, quando sono andata in pensione, da un lato ero contenta perché vedevo che cominciava a cambiare in maniera troppo radicale, a me non sarebbe piaciuto continuare a lavorare così, mi sarebbe piaciuto tornare a lavorare come quando ho iniziato, perché si è dimenticata la semeiotica, l'ostetrica oggi non sa più palpare la pancia, io mi ricordo di aver fatto diagnosi di podalico dalla palpazione [...]. Il discorso è questo, se io vado in Africa, riesco ad assistere a un parto, ma una nuova, fresca di studi, saprà molte cose, ma non pratiche, che sono fondamentali per un'ostetrica. È un assurdo che un'ostetrica non sappia palpare e auscultare.

Il divorzio fra sapere pratico e sapere teorico è un passaggio cruciale, qui, per capire la portata della trasformazione e della rottura che l'entrata prepotente della tecnologia e delle pratiche mediche invasive produssero, in quel periodo, sulla gestione del parto e della gravidanza. Le macchine sapevano più delle mani, sentivano più delle orecchie, vedevano dove gli occhi non potevano guardare, annullavano il valore di quello che le generazioni precedenti avevano imparato attraverso la sensibilità e l'esperienza. Le ostetriche condotte avevano operato con pochissimi mezzi tecnici, un paio di forbici, una siringa, una pinza, uno stetoscopio (interviste n. 3 Duria, n. 5 Florit, n. 8 Vanino). Il loro sapere si fondava su basi teoriche sufficienti, ma si era enormemente arricchito con la pratica e con l'esperienza più estrema, si era collegato alle conoscenze delle donne che avevano esercitato

senza formazione scientifica ma che 'sapevano fare', si era connesso ai contenuti della cultura tradizionale. La figura della levatrice, fino a quando era stata lasciata agire in piena autonomia, cioè fino all'istituzione del reparto di ostetricia a Tolmezzo, aveva fatto da ponte fra questi due saperi, ponendo in contatto il sapere pratico, tradizionale e quello scientifico. Le ostetriche giovani ne hanno piena coscienza e rivendicano a pieno titolo la dignità del loro fare, che si pone come operare competente e critico che non delega alle macchine ma semmai le usa, e che mal sopporta le intromissioni dei medici.

«Ma la figura dell'ostetrica, adesso, che figura è? Assiste al parto, d'accordo, ma ci sono tanti medici, che sono sempre lì a dire la loro» (intervista n. 4 Magri). Il parto, atto sacro appartenuto da sempre alle donne, è diventato un atto medico, di pertinenza di tecnici per la gran parte maschi, da cui ogni retaggio culturale preesistente è stato cancellato in nome del progresso scientifico e della riduzione dei rischi neonatali. Quanto poco fondate siano le convinzioni interventiste della medicina ostetrica e le procedure che ne derivano è dimostrato dal lento processo di autocritica che la medicina istituzionale stessa sta attuando in questi anni.

Regalia scrive a proposito del problema:

Lo scopo dichiarato nell'introduzione di tecniche ostetriche di assistenza intensiva durante la gravidanza e il travaglio è stato quello di ridurre la mortalità perinatale e le conseguenze neurologiche a distanza per il neonato, a causa delle sofferenze occorse durante la gravidanza e il parto. La riduzione della mortalità perinatale verificatasi negli ultimi anni è stata quindi facilmente attribuita da molti ostetrici all'ospedalizzazione totale, al proprio intervento attivo ed alle innovazioni dell'assistenza, senza d'altro lato ricercare un'evidenza che supportasse una simile relazione causale [...]. Per interpretare il miglioramento della situazione ostetrica si devono considerare cambiamenti sociali come la diminuzione della maternità nelle giovanissime e nelle donne sopra i quarant'anni, il miglioramento del tenore medio di vita, la ridu-

zione del numero dei figli, il miglioramento generale dell'alimentazione, la migliore informazione sanitaria [...] e infine il maggior controllo e le maggiori attenzioni, sia mediche che sociali, di cui è oggetto la gravidanza (Regalia 1982, p. 33).

Ovunque i reparti di ostetricia tentano prassi più morbide e duttili, l'ossitocina è impiegata solo in casi di necessità, si propone l'anestesia epidurale per rendere il travaglio e il parto meno dolorosi, si tollera che le donne si alzino dal letto o camminino durante il travaglio, si offre la possibilità di partorire nell'acqua o in stanze che riproducono l'ambiente domestico.

Edulcorare il processo non significa restituirgli l'identità. L'azzeramento culturale operato attraverso l'espropriazione dei soggetti attori dell'evento non è operazione che si cancella con mascheramenti e trasformismi. La realtà è che il parto non appartiene più alle donne che partoriscono, non sono più loro a deciderne tempi e modi, a farne atto intessuto nella propria storia. Sono diventate spettatrici di se stesse, impotenti di fronte a un succedersi di tecniche che altri controllano e che intervengono sul loro corpo, incapaci di chiedere, perché non sanno che cosa chiedere, incapaci di fare, perché non sanno che cosa fare.

Distrutto il tessuto del mutuo sostegno e della solidarietà, annullato il vissuto umano che aiutava a contenere le paure che da sempre l'atto di partorire ha comportato, la donna, ipergarantita dalle strutture sanitarie, è in realtà più sola e più esposta. La consapevolezza che una nascita possa anche diventare una morte era parte del vissuto e del bagaglio culturale collettivo e resta inscritto nel nostro inconscio e nel nostro universo simbolico. La medicalizzazione dell'evento della nascita in nome della tutela della vita della madre e del bambino ha indotto la rimozione di questo rischio dalla coscienza collettiva e ha alimentato la richiesta di sempre maggiori garanzie sulla salute della donna e del nascituro. Procedure mediche e domanda sociale si rincorrono in una

spirale che si autoalimenta, portando all'ingabbiamento dell'agire umano entro discipline legislative sempre più precise e vincolanti. Dal rischio di morte e di malattia oggi ci si tutela con garanzie assicurative e norme giuridiche, laddove un tempo c'erano i rituali collettivi. Il crescente ricorso ai procedimenti legali nei confronti delle figure sanitarie che si ritengono responsabili di morti e malattie impreviste blocca la possibilità di una dinamica umana costruttiva all'interno dell'ambito sanitario. La scena del parto, rinchiusa entro questa cornice, non fornisce più ai suoi protagonisti i mezzi per poter decidere del proprio agire e per determinare il proprio ruolo, bloccato da questa logica asfittica. Il compito svolto un tempo dalle donne che assistevano al parto era altro dalla semplice cura, era un farsi carico, insieme alla madre, di un atto di cui assumevano entrambe la piena responsabilità. Era un fare attivo che investiva la sfera pratica ma anche quella simbolica, e interagiva con i significati profondi della vita. Era un fare che oggi non esiste più. Questo vuoto va colmato, e solo il ruolo attivo delle donne può farlo, solo un lavoro tenace, multiforme e assertivo che riprenda i fili del passato e li riannodi al presente.



[Play]

Il primo parto di Gisella Florit

5. LA LEVATRICE: DAL RUOLO DI 'COMARE' AL RUOLO ISTITUZIONALE

L'ARTE DELLA LEVATRICE

Elena Magri, che ha lavorato nel reparto di ostetricia di Tolmezzo dai primi anni Settanta al 1993, a un certo punto della sua intervista dice: «Ma la figura dell'ostetrica, adesso, che figura è?», e più avanti: «La chiamavano levatrice o comare, tanti levatrice, da levare, o *sioie comari*, o *santule*, perché tenevano a battesimo. Generalmente dicevano levatrice, anche a noi in ospedale. Adesso è cancellato anche quello, ci sono tante ostetriche. Anche se fanno la preparazione al parto, dopo non è la stessa che ti segue [il parto], sono anche venti ostetriche. Noi facevamo anche ventiquattro ore consecutive, avevamo tutto il tempo di coccoliarcele e godercelle [le donne], era un rapporto completamente diverso, era facile che ti capitasse anche il secondo figlio, eravamo tre o quattro, era molto bello».

Oggi che il titolo di ostetrica si ottiene attraverso un corso di laurea breve e assume un valore istituzionalmente e socialmente qualificante, sembra paradossale affermare che il suo ruolo sia dubbio. Eppure, da tutto il materiale che ho raccolto emerge una realtà che conferma le parole di Elena. L'arte della levatrice, per quello che culturalmente e tradizionalmente significava, è andata perduta. Certamente oggi esiste una figura professionale molto più qualificata che in passato, un operatore che svolge mansioni tecniche di medio livello con competenza e capacità, ma il suo ruolo di artefice della nascita, in compartecipazione con la madre, non è più tale.

Comare significa co-madre, madre insieme, madre che affianca la madre biologica. La affianca perché la assiste, ma anche perché la accompagna. Tradizionalmente *la comari*, come emerge da molte interviste, almeno fino agli anni Cinquanta accompagnava la puerpera in chiesa per il rito della purificazione e il bambino al battesimo. Da qui il nome di *santule* che le viene attribuito. Era perciò molto più che una semplice aiutante durante il parto, era una madre spirituale che assisteva il venire alla vita sia in senso biologico che simbolico, e come tale restava legata alle persone per sempre.

Levatrice, in italiano, richiama il gesto rituale del sollevare il neonato e della sua presentazione al mondo, del suo riconoscimento sociale. La levatrice toglie e accoglie, solleva e alleva il neonato, facendosi responsabile del gesto che costituisce la dimensione verticale propria dell'essere umano (Gri 2002, pp. 158-159).

Nascere è operazione complessa. E alla co-madre è affidato non solo il sapere della protezione per madre e neonato, non solo il sapere della loro preservazione, ma anche il sapere della separazione e della integrazione: della separazione dal 'prima' per il neonato e dallo stato di specialità e di marginalità della madre, della integrazione comunitaria di entrambi (*ivi*, p. 158).

La *siòre comari* era una figura riconosciuta dalla comunità al pari delle altre figure istituzionali, del sindaco, del prete, del medico condotto, e lo era anche per la fiducia e la credibilità di cui godeva. Trattare questioni cruciali come il venire al mondo, da sempre accompagnato dal rischio di morte, maneggiare la vita e insieme il corpo delle donne sono compiti così delicati che non si affidano a qualcuno se non si è prima certi della sua affidabilità. Simili ruoli richiedevano doti etiche oltre che esperienza e abilità. La fiducia accordata alla co-madre dalle donne e dalla comunità, frutto della sua pratica, della sua discrezione e della sua sensibilità, non corrispondono sempre all'approvazione della Chiesa e del potere costituito. Le forme di controllo esercitato lungo i secoli sulla sessualità e sul corpo della donna

passano anche attraverso la stretta sorveglianza sull'operato delle mammane.

Storicamente le levatrici hanno svolto compiti ben più ampi della semplice assistenza al parto; nella società ateniese prescrivevano afrodisiaci e contraccettivi, davano consigli su problemi sessuali e provocavano aborti (Rich 2000, p. 201). Nell'Europa medievale contadina chi si destreggiava nell'arte di aiutare la vita aveva anche doti terapeutiche, era in grado di curare i bambini e di insegnare a non averne, conosceva le erbe e poteva procurare aborti, ma sapeva anche valutare se era il caso di aiutare il neonato a vivere o a morire (Gri 2002, p. 158). La levatrice era dotata di poteri di interpretazione e premonizione, sapeva capire dai segni della nascita il destino e poteva, come nel caso già citato dei benandanti, fare rituali per liberare il bambino dal suo futuro di stregone (Ginzburg 1974, pp. 110-111). Trattava con la vita e anche con la morte, a lei veniva affidato il compito di provvedere ai defunti e ai moribondi e, in qualche caso, di abbreviare l'agonia (Gri 2002, p. 158).

In una società contadina dove corpo femminile e terra erano accomunati dalla stessa simbologia di fertilità, alle levatrici era attribuita

la funzione rituale di intermediarie simboliche fra natura e sovranatura, fra la comunità e la madre che sta per generare [...]. La co-madre è figura della comunità. Governa le pratiche che regolano il taglio del cordone ombelicale (il taglio disgiuntivo per definizione, il più carico di valenze simboliche, metafora di ogni altro taglio, di ogni altro atto di separazione tra un prima e in dopo, tra il vecchio e il nuovo); governa pratiche di trattamento della placenta, che è quanto madre e figlio hanno ancora in comune, elemento per cui madre e figlio sono ancora legati tra loro. Governa gli atti primari per la costituzione dell'identità del neonato e per la reintegrazione della madre nella comunità (Gri 2002, p. 158).

Un ruolo così primario e così radicato nella cultura popolare non può che entrare in conflitto con il potere rappresentato dalla Chiesa prima, dalle istituzioni politiche poi.

Conflitto che si inasprisce fino a diventare vera persecuzione in periodo di Controriforma. Quando, dopo il Concilio di Trento, i tribunali dell'Inquisizione resero i processi contro le donne accusate di stregoneria uno dei cardini della loro azione, si accanirono con particolare insistenza sulle levatrici, portatrici di quei valori simbolici e operativi che, così profondamente connessi con il mondo tradizionale contadino, erano di fatto potenzialmente eversivi (Prosperi 2005). La realtà qui considerata è quella trentina che va dalla fine del Seicento al Novecento, rappresentativa di una situazione più generale inerente la formazione e il controllo della professione della comare. La prerogativa di sorvegliare l'operato delle levatrici spetta, fino al Settecento, al clero. Nel Sinodo diocesano del 1593, sotto il principe vescovo Ludovico Madruzzo, si era fissata la norma che impediva a qualsiasi *Commare da putti* di esercitare il proprio mestiere se priva della dichiarazione di idoneità per la corretta amministrazione del battesimo:

Per tutto il Seicento l'unico controllo esercitato sulle levatrici è quello dei parroci. Costoro ne esaminano *vita et mores* e le istruiscono sul battesimo, perché possano, in caso di pericolo, amministrarlo privatamente. In ogni territorio del Principato debbono esistere, a seconda del fabbisogno della popolazione, una o più levatrici. I sacerdoti le definiscono 'istruite' quando sono state preparate a battezzare legittimamente. [...] i parroci sono tenuti ad accertare periodicamente se il loro operato sia stato encomiabile. [...] S'innescerà così un vero e proprio rapporto di dipendenza dal clero [...] (Renzetti, Taiani 1988, p. 14).

«Che in alcuna Vicinia non s'ardisca ricever Allevatrici se prima non saranno state ben esaminate et istruite dal Sig Arciprete»³. L'esame della loro condotta morale diventa uno strumento di controllo serrato e quindi di irreggimentazione:

³ Archivio della Curia Arcivescovile di Trento (ACAT), *Atti visitali, Giudicarie*, 1671 (seconda parte), vol. 24, f. 52r., cit. in Renzetti, Taiani 1988, p. 14.

La sua opera prima prestata per mera solidarietà femminile o di vicinato, verrà finalizzata a difendere, al momento del parto, la vita del bambino, e le sue abilità e il suo consiglio saranno dirette a garantirne la sopravvivenza. Prestazioni esclusivamente empiriche si convertiranno così in prestazioni strettamente connesse alla deontologia professionale [...]. L'abilitazione ad impartire un sacramento e la funzione di portavoce della volontà istituzionale, non rendono popolari le levatrici 'giurate e deputate'. Le donne di campagna mostrano una certa ostilità nei loro confronti e altrettanta resistenza a valersi della loro opera (Renzetti, Taiani 1988, p. 14).

Per le ville non vogliono prevalersi delle Arlevatrici deputate, et giurate, a pericolo della creatura, della madre, et vogliono eleggersi a lor modo, né men vien accompagnata la creatura per accidenti che puon succedere⁴.

Nel Trentino vengono segnalati abusi da parte di alcune donne che applicano «tegnacoli, recitazioni di parole e rimedi impertinenti per l'effetto preteso a diversi amalati e per diverse indisposizioni, et operano con vane osservanze per li suddetti e anco per altri fini»⁵. Il principe vescovo risponde con un decreto che interdice «questa abominevole professione» punendo l'«Operante et anco il Paziente» con ammenda ma anche con la prigionia, la frusta o la galera, a misura del delitto (Renzetti, Taiani 1988, p. 16).

La pratica della segnatura, a cui evidentemente il decreto fa riferimento, è una fra quelle più radicate e significative della medicina popolare, sopravvissuta fino ad oggi come rimedio empirico per malanni non gravi. Prevede un rituale magico che si esplica nell'apposizione delle mani del guaritore sulle parti malate, o in gesti che simboleggiano le parti stesse, e nella recitazione di formule segrete. La parte segreta è preceduta e accompagnata dal segno della croce (Sironi 1998,

⁴ ACAT, *Atti visitali, Giudicarie*, 1671, vol. 15 (prima parte), f. 43v., cit. in Renzetti, Taiani 1988, p. 15.

⁵ *Ivi*, f. 68v., cit. in Renzetti, Taiani 1988, p. 16.

pp. 71-72); proprio tale appropriazione profana era considerata altamente pericolosa dall'autorità ecclesiastica e perseguita con i metodi più duri, essendo i rituali di segnatura e recita di formule appannaggio esclusivo degli officianti istituzionali della religione. Rappresentava, a livello implicito, un altro tipo di culto, e un universo simbolico e rituale parallelo e sovrapposto a quello della Chiesa. Che le levatrici utilizzassero tali pratiche durante il travaglio e sul bambino stesso è attestato da numerosi studi (vedi Pancino 1984) ed è già di per sé motivo della stretta sorveglianza religiosa a cui venivano sottoposte. Il confine tra la magia bianca, che operava a scopi benefici, e la magia nera, che usava la segnatura per fatturare, è sottile, ragione strumentalmente utilizzata dalla Chiesa per perseguire le levatrici non ortodosse come streghe. «Se c'era luogo adatto per il prodursi di pratiche stregonesche questo era la scena del parto, dove vita e morte si incontravano abitualmente; e i connotati della strega ben si adattavano a quelli della levatrice. Si diffuse la convinzione che il parto fosse la scena dove si perpetravano mille diavolerie» (Prosperi 2005, p. 31).

C'era un altro abuso che spingeva le gerarchie ecclesiastiche a vigilare sull'operato delle comari e sulla correttezza con cui amministravano il battesimo: la diffusione in tutto l'arco alpino di luoghi di culto e immagini sacre capaci di ridare momentaneamente la vita al neonato nato morto, in modo che potesse essergli impartito il battesimo. Si tratta di un miracolo antico, presente già nella tradizione cristiana del V secolo e segnalato sporadicamente lungo il Medioevo. Diffusa dalla metà del Trecento in tutta l'area francese, dalle Fiandre ai Paesi Bassi alle Alpi francesi e alla Svizzera, solo nel Cinquecento e nel Seicento la credenza si estese all'intero arco alpino, alla Svizzera cattolica di lingua tedesca e ladina, al Tirolo, alla Carinzia e alla Baviera (Cavazza 1994, p. 34). Dal Seicento il miracolo comincia a interessare anche la Carnia, prima a Raveo, poi, in maniera così importante da

suscitare l'allarme dell'Inquisitore di Aquileia, il francescano Antonio Dall'Occhio, a Trava. I pellegrinaggi per battezzare e seppellire i bambini nati morti che dal Friuli si dirigevano a Maria Luggau in Carinzia si spostano infatti durante il Seicento a Trava. L'intero Friuli fino al Goriziano e il Cadore affluiscono alla Madonna del Carmelo di Trava per le resurrezioni miracolose che si succedono al ritmo di centinaia in pochi anni (De Biasio 1980, pp. 40-42). Nella credenza popolare le anime dei bimbi nati morti non erano soltanto destinate al limbo o, peggio ancora, all'inferno, ma erano potenzialmente pericolose in quanto spiriti inquieti, a differenza di quelle battezzate che invece erano ritenute presenze protettive, angioletti tutelari della famiglia (Nicoloso Ciceri 2002, pp. 91-92).

È interessante notare come lo schema del rituale in oggetto sia sostanzialmente identico ovunque, anche in centri tra loro lontanissimi, e come sia quasi sempre un rituale al femminile. A partire dal Cinquecento il miracolo è dovuto quasi esclusivamente alla Madonna e avviene dopo che alcune donne (a Trava erano due) si raccolgono a lungo in preghiera sui corpi dei morticini. Solo allora essi si rianimano, giusto il tempo necessario per ricevere il battesimo dalle mani dei fedeli che pregano e quasi mai del clero ufficiale. A Trava erano quasi sempre le due donne che battezzavano, e poi aiutavano a seppellire i corpicini (Cavazza 1994, pp. 34-35). Non è qui il caso di esaminare nel dettaglio la vicenda che vide in Friuli contrapporsi, lungo la seconda metà del Seicento, la religiosità popolare, che credeva fermamente nei miracoli, e le gerarchie ecclesiastiche, *in primis* il Sant'Ufficio di Udine e poi di Roma e, in un secondo tempo, anche il patriarca di Aquileia Giovanni Dolfín. Questo rivela il ruolo centrale che aveva per il clero il controllo sui rituali della nascita e su chi li esercitava. Il dominio sul mondo femminile, sul corpo della donna e sull'atto della procreazione è questione preliminare per il mantenimento

di un ordine fondato su valori politici, economici e simbolici tutti dell'universo maschile.

A partire dal Settecento la verifica dell'operato delle levatrici si fa più complessa, ogni comare deve dar prova della propria competenza davanti a due medici e non le è più consentito somministrare medicinali interni (Renzetti, Taiani 1988, p. 19). Lentamente la classe medica espropria le mammane della loro arte, arrogandosi competenze tradizionalmente non sue e progressivamente imponendo le proprie regole e pratiche. Il controllo incrociato da parte del clero e del corpo medico restringe sempre di più lo spazio di lavoro e l'autonomia delle levatrici, finché si giunge, agli inizi dell'Ottocento, all'istituzione dei corsi di istruzione per levatrici, gestiti e condotti da medici e pagati dai comuni.

Il ruolo della levatrice diventa pubblico, ogni comune è obbligato a pagarne una o più di una a seconda del territorio, e a finanziarne l'istruzione. Il patto deve essere ufficiale e prevede che la levatrice venga qualificata, assunta e che rispetti il vincolo del contratto. Non potrà assentarsi per più di due giorni senza preventivo assenso e, in caso di disdetta dell'incarico, dovrà restituire la somma sborsata per la sua qualificazione (Renzetti, Taiani 1988, pp. 26-27). Ovunque si aprono contenziosi con le abusive, mammane esperte, spesso più anziane delle diplomate e per questo più accette e ben viste dalle donne dei paesi, delle quali avevano conquistato la fiducia.

Lentamente le levatrici istruite scalzano le abusive dai loro ruoli, relegandole nell'area della illegalità, dove diventeranno per definizione 'quelle che procurano aborti'. La levatrice qualificata ha un codice deontologico da rispettare: non può procurare aborti, considerati omicidi e quindi gravi reati, ed è obbligata a denunciarli, se ne viene a conoscenza. È tenuta a segnalare le nascite e le morti sospette di neonati e deve compilare tabelle riassuntive della natalità nelle aree in cui opera. Dal 1825 si introduce, nelle registrazioni delle nasci-

te, il nome dell'ostetrica che ha assistito al parto (Renzetti, Taiani 1988, p. 21). Il controllo su chi nasce e chi muore nel periodo perinatale diventa stretto. L'ostetrica, che ormai ha assunto un ruolo ufficiale, deve garantire igiene, sicurezza e riservatezza, e quando incontra complicazioni gravi deve chiamare il medico. Si trova così a fare da tramite fra le convinzioni popolari radicate e difficili da estirpare, e le nuove conoscenze mediche relative all'igiene, all'alimentazione, alla cura e all'allevamento dei bambini.

Si giunge progressivamente alla situazione che è sopravvissuta fino agli anni Sessanta del Novecento e che ho potuto esaminare. Il ruolo della levatrice, ancora simile a quello definito nel corso dell'Ottocento, in quegli anni si andava gradualmente modificando per approdare, nei decenni successivi, alla moderna concezione dell'ostetrica, intesa come operatrice sanitaria ospedaliera.

LA LEVATRICE IN CARNIA TRA PASSATO E PRESENTE

La professione della levatrice, nella realtà che ho studiato, presenta singolarità e caratteristiche che la legano molto più alla tradizione precedente che all'evoluzione successiva. Lo spazio e l'autonomia di cui le mie intervistate godevano, il rapporto strettissimo con la popolazione fanno di loro delle figure integrate nel tessuto umano, connesse al vissuto comunitario, rappresentative di una cultura che la svolta tecnicistica successiva ha cancellato.

Per tutta la prima metà del Novecento, sicuramente fino agli anni Cinquanta, il parto era ancora un evento che faceva parte della quotidianità, comune a tutte le donne sposate e spesso anche a quelle non sposate. Nella zona della Carnia dove ho raccolto le interviste era frequente partorire anche senza l'assistenza della comare, come ho già detto in più punti. Esistevano ovunque donne esperte che aiutavano a far nascere; nell'intervista Natalina Longo racconta che nel periodo in cui ha avuto i suoi figli, fra il 1946 e il 1950, c'era

in Baus (località di Ovaro) una comare non diplomata che esercitava.

Queste figure intermedie fra la medicina popolare e la medicina istituzionale sono significative di un rapporto in qualche misura ancora 'autogestito' con la sfera del corpo, della malattia e del femminile, dove consigli, rimedi, conoscenze pratiche si intrecciano formando un *continuum* culturale che va dal sapere popolare tradizionale alle nozioni scientifiche più recenti, acquisite nel contatto con le figure sanitarie istituzionali. L'ostetrica, formatasi professionalmente, ha il ruolo fondamentale di mediatrice del contatto. Il suo compito non era solo quello di assistere al parto, doveva anche istruire la madre sulle regole igieniche da seguire per la salute propria e del bambino. Dava indicazioni alla puerpera sull'alimentazione da adottare durante l'allattamento, sui provvedimenti da prendere se c'era poco latte o se si formavano ingorghi.

A questo proposito va detto che le levatrici si facevano anche carico di togliere il latte alle mamme che ne avevano troppo, e di portarlo a quelle che ne avevano poco (interviste n. 5 Florit e n. 8 Vanino). L'ostetrica valutava la crescita del bambino e dava consigli sui ritmi e i modi dell'allattamento, aveva in sostanza un ruolo che oggi ricoprono almeno tre figure professionali: l'ostetrica, la puericultrice e il pediatra (interviste n. 2 Linda, n. 3 Duria, n. 4 Magri, n. 5 Florit, n. 8 Vanino). Questa prassi perdurò anche quando, in struttura ospedaliera, per la mancanza di un reparto dedicato, le ostetriche si trovarono a operare in piena libertà e autonomia, senza l'intromissione di altre figure sanitarie, in particolare di quella medica.

A detta di Maria Linda e di Elena Magri, era un modo di lavorare altamente gratificante, di grande impegno e responsabilità, ma anche di grande soddisfazione (interviste n. 2 Linda, n. 4 Magri). Il ruolo della levatrice era prezioso. Nei paesi non era solo una figura istituzionale di rilievo a fian-

co del medico, era una presenza autorevole su cui si poteva contare (interviste n. 6 Adami, n. 10 Longo), con cui la relazione si approfondiva nel tempo attraverso successive esperienze, altri parti visti o vissuti, consigli sull'accudimento dei bambini e su problemi ginecologici.

Anche dopo l'ospedalizzazione dei parti la levatrice del paese accompagnava le donne fino in reparto e le supportava durante il travaglio. Non è un caso che l'ostetrica di Lauco sia stata chiamata ad assistere alla nascita delle nipoti di una sua vecchia paziente perfino nel 1989 (intervista n. 6 Adami). Tutte le levatrici da me intervistate operavano con profondo senso di responsabilità e dedizione all'incarico, facevano pochissime ferie o non ne facevano affatto, si sobbarcavano ritmi di lavoro impensabili oggi. Andavano a piedi per chilometri e chilometri, camminavano ore, d'inverno anche con la neve, da una frazione all'altra, là dove il medico si spostava a cavallo o in macchina.

«Tutto a piedi, da Buttea a Cjassis, tre ore, e dopo di nuovo a Buttea a *viodi da puerpera*» dice Gisella Florit, e in un altro punto dell'intervista precisa che, se il travaglio andava per le lunghe, «avevo coraggio di andar a prendere *di guggjâ e stavi lì doi dîs*». In un contesto simile è chiaro che il ruolo della levatrice diventa altro dal semplice svolgimento di una mansione sanitaria, si fa relazione personale, rapporto di condivisione e accompagnamento. Le mie intervistate erano pagate poco per quel che facevano, in due casi si sono lamentate di non aver mai percepito lo stipendio intero, ma solo metà (probabilmente erano assunte con bandi di concorso differenziati, per cui si venivano a creare delle disparità di trattamento economico fra colleghe) (interviste n. 3 Duria, n. 5 Florit, n. 8 Vanino).

Le levatrici hanno raccontato i casi più difficili e anche i casi di morte che erano loro capitati. Su quattro ostetriche intervistate mi sono stati segnalati un caso di morte materna per emorragia e due casi di morti neonatali, avvenute co-

munque in presenza del medico che nel frattempo era stato chiamato, o in ospedale dove era stato effettuato il ricovero d'urgenza.

Il numero di parti assistiti non è quantificabile, se non raffrontando il dato riferitomi da Gisella Florit per l'anno 1947, in cui vi furono, eccezionalmente, sessanta parti, e il dato fornitomi da Liliana Vanino di venti-venticinque parti all'anno almeno fino al 1962, dopo di che, con l'ospedalizzazione, andarono calando. A una media di venticinque parti l'anno dal 1946-47, anno in cui le mie informatrici incominciarono a lavorare, al 1962, senza contare le nascite in casa successive che sicuramente ci sono state, risulterebbero più di quattrocento parti per ostetrica. Anche se fosse un dato stimato per eccesso, resta comunque il fatto che l'incidenza delle morti sembra davvero bassa.

Le ostetriche condotte dovevano lavorare spesso in condizioni assolutamente precarie, ma cercavano di garantire comunque il massimo di sicurezza. Per codice deontologico la loro competenza si fermava ai parti fisiologici; nel caso di complicanze dovevano chiamare il medico, che era sempre il medico condotto del paese, oppure portare d'urgenza la donna in ospedale. Anche nei casi di problemi perinatali il ricovero in neonatologia a Udine avveniva d'urgenza. In entrambi i casi l'ostetrica accompagnava. Non era compito della levatrice né l'uso del forcipe né la sutura delle lacerazioni, ma era raro che servisse; al bisogno, se la lacerazione era contenuta, potevano usare graffette.

Tutte le mie informatrici hanno concordemente sostenuto che non era mai necessario effettuare l'episiotomia e che le lacerazioni erano rarissime. I travagli venivano trascorsi muovendosi, spesso lavorando fino all'ultimo momento. Quando era presente, l'ostetrica suggeriva alla donna di camminare e di non mettersi a letto, affinché la gravità favorisse la dilatazione o, come si è già visto riguardo alle tecniche di parto, la faceva stare in ginocchio oppure seduta su

un secchio con i fumenti. Esistevano gli stimolanti uterini, ma era più frequente il loro uso dopo il parto, per ottenere una buona azione emostatica, dopo l'espulsione della placenta. A detta delle ostetriche i travagli erano molto tranquilli, ragione per cui raramente le donne si laceravano in fase espulsiva. Le levatrici sapevano aspettare; il tempo normale di travaglio era di diciotto ore per una primipara e di undici ore per una pluripara (intervista n. 8 Vanino).

Oggi questi tempi si sono dimezzati, a dimostrazione di come la cultura modifichi la biologia. L'ostetrica portava con sé una pinza, un paio di forbici, alcune siringhe, uno stetoscopio (cornetta di legno) per auscultare il battito cardiaco fetale, garze e alcool. La sterilità veniva garantita bollendo tutti gli strumenti e tenendo sempre a disposizione acqua bollita per lavare la donna e il neonato. La tecnica diagnostica di cui disponeva l'ostetrica allora mi è stata descritta così da Eva Duria: «Osservazione, palpazione, auscultazione, esplorazione»: di questi quattro criteri oggi si utilizza solo l'ultimo, essendo tutti gli altri di competenza delle macchine. Certamente, come dice Elena Magri, oggi un'ostetrica senza l'ausilio delle apparecchiature non sarebbe in grado di capire la posizione del bambino nell'utero.

Ogni levatrice aveva le sue tecniche e i suoi modi, ognuna aveva elaborato una sua filosofia e una sua condotta. Qualcuna era più prudente e chiamava il medico ai primi intoppi, altre per necessità o per esperienza acquisita riuscivano a fronteggiare da sole situazioni difficili e rischiose, ma sempre, nel loro lavoro, restava in primo piano il rapporto con la donna che stava partorendo. Il parto, gestito dall'inizio alla fine dalla stessa persona, all'interno di un contesto domestico in cui tutti collaborano e partecipano, perfino gli uomini, con la loro paura, stando dietro la porta a pregare (intervista n. 10 Longo), non può essere nemmeno per l'operatore un fatto puramente tecnico, ma è e resta un evento unico. Tutti gli attori della scena se lo ricorderanno per sempre.

Vorrei citare, a titolo di esempio, una storia, fra le tante che mi sono state raccontate.

Si svolge in due tempi: a Lauco nel 2004. Gisella incontra dalla parrucchiera una signora che la avvicina e le chiede:

– *Mi ricognossie, siore comari? E sî che mi à vidude nassi!*

– *Ma di ce an sêtu?*

– Del Quarantadue – risponde la donna.

E Gisella: – *Alore tu ti sbalies, nol è pussibil.*

– *Sî, che mê meri mi à mitût il vuestri nom! I mi clami Gjsele.*

Allora Gisella ricorda, perché riconosce la parlata di Vinaio, e rivede la scena. 1942. Lei è tornata a casa dalla scuola di ostetricia per Natale, ed è tempo di guerra, manca tutto. La vengono a chiamare, per un parto di una donna di Vinaio che ha superato i quarant'anni ed è al primo figlio. Lei risponde che non può, non è diplomata, e poi non ha niente con sé. «*E nessun, isel miôr?*» le rispondono. «*Vêso un par di fuarpis? Vêso fîl tuart, dai scarpets? Soi lade vie, ai domandât alcol, coton, fûc e le ai fate nassi*».

Questo è stato il primo parto che Gisella ha condotto come ostetrica. Rende bene l'idea di che cosa significava far nascere fino a non molto tempo fa. Era un rischio da correre per poter vivere. Nascere e far nascere è sempre un atto di coraggio.

CONCLUSIONI

L'intento della mia ricerca era di verificare, in una zona limitata della Carnia, nel periodo in cui l'assistenza al parto era domiciliare, quali fossero le pratiche e i saperi pertinenti al ciclo della nascita e quali fra essi fossero riconducibili alla tradizione.

L'ipotesi era che in quel contesto storico e geografico vi fosse una persistenza di elementi della cultura tradizionale che segnava ancora profondamente i momenti più significativi del ciclo della vita e che intorno alla nascita essi potessero essere rintracciabili. Era anche ipotizzabile che la completa ospedalizzazione dell'evento del parto avesse segnato una perdita di quegli elementi.

La ricchezza culturale e umana delle testimonianze che ho raccolto mi permette di affermare che all'interno del territorio preso in considerazione esiste un patrimonio di esperienze, di vissuti e di conoscenze preziosi ancora da documentare e da valorizzare, saperi e pratiche legati alla tradizione ma rielaborati da ogni soggetto in modo personale e autonomo. Nell'ambito della nascita i rituali e i gesti sono pregnanti. Le mie testimoni si ricordavano perfettamente parti avvenuti sessanta anni fa: l'importanza del momento attribuisce a ogni atto significati che lo oltrepassano e che lo investono di valenze simboliche. Attraverso i vissuti di generazioni che ripetono e rielaborano gli stessi gesti, collettivamente condivisi, i significati si stratificano e si rendono evidenti.

Il semplice *fare insieme* che accompagnava l'avvenimento di ogni nascita è già di per sé un contenuto profondo della cultura tradizionale della montagna. L'aiuto reciproco in prossimità del parto, e dopo, ha un carattere tutto femminile. Si attiva una catena di solidarietà fatta di scambi di favori, di informazioni e di conoscenze che è dettata dalla necessità, e rappresenta un sapere condiviso. Il fare corrisponde al saper fare, appreso dai gesti di generazioni di madri, di nonne, di zie che hanno visto nascere bambini, che hanno aiutato, curato, allevato, accudito e sanno come si fa. Fino a che il parto avveniva in casa, questa catena non si è spezzata ma solo gradualmente modificata, integrando conoscenze e comportamenti che provenivano dalla società contemporanea.

Magari non sopravvivevano le credenze, ma i modi di fare, le pratiche, i rituali sì. Ho descritto in dettaglio nella trattazione tutti gli atti concreti che accompagnavano e seguivano una nascita in una famiglia e i rituali del parto e del puerperio; qui importa far notare come tutto questo vada via via scomparendo lungo gli anni Sessanta, dopo l'estensione generalizzata dell'assistenza ospedaliera gratuita al parto nel 1962.

Mentre la Chiesa abolisce la cerimonia della purificazione, il battesimo si sposta nel tempo più in là dopo la nascita, diventando un atto sempre meno significativo. Il parto si trasferisce in ospedale, in un territorio neutrale, asettico, non più investito di significati simbolici. Nessun confine da rispettare, né prima né dopo il parto, nessuno spazio protettivo-reclusivo per la madre e il bambino; la nascita diventa un atto medico da svolgersi in un luogo a parte, separato dalla vita quotidiana, che risponde ai requisiti imposti dalle norme igienico-sanitarie. Così alla figura della levatrice viene espropriato un ruolo che non era meramente tecnico, ma umano, integrato nel tessuto di relazioni comunitarie, attivo nel ricercare un rapporto di interazione personale

con le donne che partorivano e che avevano partorito. Un rapporto che riguardava tutta la sfera della maternità, che continuava nel tempo e si manteneva negli anni.

La *comari* aveva in sé elementi di figura tradizionale che provenivano da un passato remoto e si mescolavano alle specifiche caratteristiche professionali della recente formazione ostetrica. Rappresentava ancora, dentro la comunità, colei che raccoglie la vita e la solleva, che sa regolare il travaglio e aiutare il taglio, non solo fisico, ma anche simbolico, fra il prima e il dopo. Il prima della nascita, quando la madre è uno, e il dopo in cui si definisce la nuova identità del bambino, il prima della separazione e marginalità della madre nel puerperio e il dopo della reintegrazione nella comunità. La levatrice accompagnava la donna alla cerimonia della purificazione e il neonato a ricevere il battesimo. Era presente alla sua prima e alla sua seconda nascita, quella che lo immetteva nel gruppo e lo identificava di fronte alla comunità. Era una figura coraggiosa che sapeva assumersi rischi e responsabilità e per questo era rispettata dall'intera collettività. Intermediaria fra il sapere tecnico-scientifico e le convinzioni diffuse fra la popolazione, agiva in uno spazio liminare sospeso fra la concezione empirica e tradizionale del corpo e della salute e quella razionalista tecnico-scientifica appresa a scuola. Da questo spazio intermedio aveva accesso a entrambi i saperi, che era in grado di filtrare e integrare nel suo fare.

Dalla mia ricerca questo dato è emerso con chiarezza a proposito delle tecniche del parto. In questo ambito molto delicato, fortemente condizionato dall'istruzione medica, le ostetriche condotte hanno dimostrato una disponibilità a capire, a imparare e a riutilizzare l'esperienza tradizionale, rivelando autonomia di pensiero. Costrette ad arrangiarsi da sole, sviluppano un comportamento indipendente di cui oggi hanno piena consapevolezza e che rivendicano a buon diritto come innovativo. Quando dicono «io facevo

così, nessuno me l'ha insegnato», dicono una verità che ne contiene anche un'altra: nessuno gliel'ha insegnato a scuola, ma l'hanno visto fare da altre donne, dalle vecchie, dalle esperte, nelle case, negli stovoli più sperduti. Hanno saputo guardare, hanno imparato e hanno rifatto a modo loro.

Nel momento in cui il parto è stato ospedalizzato e le procedure si sono standardizzate, è andato perduto un patrimonio di pratiche e di saperi. La medicalizzazione della nascita ha rappresentato una svolta e un cambio di prospettiva. Da una logica di rispetto dei ritmi naturali del travaglio e del parto, di attesa e di accettazione dell'evento, si è passati a una logica di intervento, di intromissione a tutti i costi. Ne sono consapevoli sia le ostetriche condotte, che sottolineano sempre le differenze fra il loro modo di fare e le procedure attuali, sia le ostetriche ospedaliere che hanno potuto sperimentare, prima dell'istituzione del reparto di ostetricia a Tolmezzo, cosa significava essere davvero protagoniste, insieme alle donne, dell'evento del parto.

Libere di gestire in piena autonomia il proprio lavoro, le ostetriche si comportavano come avevano fatto prima di loro le levatrici in paese, aiutando, aspettando, supportando la partoriente nella sua fatica. Fino a quando la struttura organizzata del potere medico non si intromette prepotentemente, dettando le sue regole, partorire resta ancora, pur in ospedale, un atto interamente umano, vissuto e agito nel rapporto ostetrica-partoriente. Alcuni settori della scienza ostetrica attuale stanno compiendo una revisione critica dell'approccio interventista e tentando di recuperare procedure molto più vicine alla concezione tradizionale del parto in casa. Nel contatto tra culture, tra vecchi e nuovi saperi, tra pratiche innovative e pratiche tradizionali si intravede forse uno spiraglio, un germe di critica che può rendere possibile lo sviluppo di forme più avanzate e rinnovate di assistenza al parto.

Ma questo processo non avrebbe senso se non si tenesse

conto di un altro aspetto fondamentale del cambiamento che è avvenuto con l'ospedalizzazione del parto. Il progresso scientifico ha introdotto macchine dove prima c'era l'esperienza; questo in campo medico significa maggior precisione diagnostica e operativa, maggior specializzazione, minor intervento del personale e minore personalizzazione dei ruoli sanitari. Nello specifico delle procedure relative alla nascita significa togliere peso all'agire umano che era ed è sempre stato l'unica modalità possibile di far venire al mondo.

L'incremento esponenziale dei parti cesarei, l'uso generalizzato di apparecchiature elettromedicali e di procedure ostetriche invasive hanno tolto dalle mani delle donne che partoriscono e che fanno partorire un atto che è sempre appartenuto loro. Ha svuotato di significato e spersonalizzato il ruolo dell'ostetrica, privandola della possibilità di gestire autonomamente e in relazione empatica con la partoriente il momento della nascita. Ha privato il soggetto dell'azione del far nascere, la donna, del suo ruolo primario, attivo. Da protagonista l'ha resa impotente spettatrice. Il progresso scientifico e tecnologico ha portato con sé un controllo sempre maggiore sulla capacità generativa della donna e del suo corpo.

La svolta scientifico-razionalista del Settecento e dell'Ottocento che è alla base dello sviluppo della società contemporanea ha avuto, fra i suoi effetti, l'azione di controllo degli stati sulla vita dei cittadini. Il vivere, il nascere e il morire non riguardano più solo le comunità, ma il potere istituzionale centrale. Comincia allora il processo di verifica capillare, di regolamentazione e di intervento sulle nascite che ha portato alla situazione attuale. La sfera della maternità da ambito di pertinenza femminile diventa ambito pubblico.

L'atto di dare la vita è il momento di massima espressione e affermazione del femminile e attiva al più alto grado forme di partecipazione e di condivisione all'interno del genere. L'ambito della nascita è dunque spazio simbolico costituti-

vo dell'identità femminile. L'occupazione di questo ambito da parte della scienza medica e del potere costituito rappresenta un salto qualitativo nella capacità di controllo sul potere riproduttivo della donna. Le forme organizzate del potere maschile si appropriano in questo modo del mondo simbolico femminile, incanalandolo e plasmandolo in funzione propria. Nella società contemporanea le donne, come mai era accaduto prima, hanno conquistato ruoli nella sfera pubblica tradizionalmente di competenza degli uomini. Paradossalmente, però, è maggiore il controllo maschile nella sfera simbolica. Lo spazio riservato al mondo femminile, nella società tradizionale, era uno spazio chiuso e marginale, ma all'interno del quale i contenuti simbolici erano forti, strutturati e organizzati. L'evoluzione politica e sociale odierna immette le donne nel mondo del potere e della competizione maschile, ma impoverite del loro patrimonio simbolico.

È questa la conclusione a cui sono giunta al termine del mio studio. Cercando pratiche e saperi ho trovato donne e storie umane che raccontano non solo conoscenze, ma modi di fare propri del mondo femminile. Modi significativi di un universo simbolico altro, di un mondo sommerso ma persistente che ha come centro il potere generativo, la capacità di dare la vita, la necessità della solidarietà tra donne nell'interesse dell'allevamento della prole.

Connettersi al potere simbolico di questo universo significa andare nel mondo portando il proprio contenuto e la propria differenza, ridefinirsi come soggetti. Mentre il processo di trasformazione in corso chiede alle donne di partecipare in modo attivo alla vita economica, sociale, politica e culturale della società, il genere femminile rischia di perdere la sua occasione storica. Perduti i propri connotati, può soltanto subire e omologarsi, esprimendo al peggio i contenuti di un mondo che è quello maschile. Il ciclo della nascita è l'ambito cruciale in cui la rimozione sociale della differenza

è stata più marcata. La paura e il negativo associati al corpo della donna prendono forma nella contemporaneità nella negazione del corpo, nella rimozione dell'animalità dell'atto di partorire, nell'estraneità del soggetto al processo che lo riguarda. Nella divergenza del binomio natura-cultura, il parto è l'atto primo, dove le energie psicofisiche femminili sono emblematiche dell'animalità e in quanto tali denegate e rimosse. Fino a che il parto è stato condotto in casa dalle levatrici del paese costituiva un'avventura per entrambi i soggetti, la donna e l'ostetrica. Era un atto unico in cui ognuna si riconosceva e che le apparteneva interamente. In quell'atto la donna investiva tutte le sue energie psicofisiche e svolgeva un lavoro attivo di cui la levatrice si faceva garante. Ambedue sapevano che richiedeva coraggio, determinazione e fatica, ma che lo potevano fare perché per millenni era andata così.

Oggi si può parzialmente eliminare il dolore con l'anestesia epidurale, ma non si può eliminare la fatica, né il rischio che il parto porta con sé. Solo accettando la paura e la potenza che l'atto di dare la vita contiene, assumendosi i suoi contenuti simbolici, ci si può collocare nel fare millenario delle donne e riprendere il cammino di oggi, con il coraggio di ieri.

BIBLIOGRAFIA

- Accati L., Maher V., Pomata G. (a cura di) (1980), *Parto e maternità momenti della biografia femminile*, in «Quaderni storici», 44, Il Mulino, Ancona-Roma.
- Augé M. (2002), *Genio del paganesimo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Balsamo F. (a cura di) (1997), *Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità*, L'Harmattan Italia, Torino.
- Bartolini E. (1993), *Meràcui a Trava*, in «Sot la nape», XLV, 1, pp. 29-37.
- Bellucci G. (1996), *La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia*, in «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», I, 1-2, pp. 287-319.
- Bettini M. (1998), *Nascere. Storie di donne, donnole, madri ed eroi*, Einaudi, Torino.
- Bianco C. (1994), *Dall'evento al documento. Orientamenti etnografici*, CISU, Roma.
- Buitron M., De Luca E., De Marco D., Gri G.P. (2002), *Parteras. Sapienza e arte*, Circolo Culturale Menocchio, Montereale Valcellina (Pn).
- Casagrande T. (a cura di) (1994), *Parto e maternità nel Veneto all'inizio del secolo*, Ghedina & Tassotti, Bassano del Grappa (Vi).
- Cavazza S. (1994), *Da Maria Luggau a Trava. Origini di una credenza carnica del Seicento*, in «Sot la Nape», XLVI, 4, pp. 31-39.
- Chiaradia G. (1998), *Il battesimo nelle tradizioni popolari nel Friuli occidentale*, in «Ce fastu?», LXXIV, 1, pp. 25-60.
- Chinosi L. (a cura di) (1985), *Nascere a Venezia. Dalla Serenissima alla Prima guerra mondiale*, Gruppo Editoriale Forma, Torino.
- Cirese A.M. (1973), *Culture egemoniche e culture subalterne*, Palumbo, Palermo.
- Colombo G., Pizzini F., Regalia A. (1982), *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Angeli, Milano.

- Cosetti G. (1993), *Vecchia e nuova cucina di Carnia*, Missio, Feletto Umberto.
- Cozzi D., Nigris D. (2003), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibrì, Milano.
- De Biasio L. (1980), *Credenze ed atteggiamenti religiosi del mondo contadino friulano nel Seicento*, in Ciceri L. (a cura di), *Religiosità popolare in Friuli*, Edizioni Concordia 7, Pordenone, pp. 39-53.
- Del Bianco Cotrozzi M. (2004), *Precetti e Riti di purità femminile nelle tre grandi religioni monoteiste*, Forum, Udine.
- Delitala E. (1992), *Come fare ricerca sul campo. Esempi di inchiesta sulla cultura subalterna in Sardegna*, Edes, Sassari.
- de Martino E. (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- de Martino E. [1973] (1997), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Duby G., Perrot M. (1993), *Storia delle donne. Dal Rinascimento all'età moderna*, Laterza, Roma-Bari.
- Eliade M. (1989), *Il mito della reintegrazione*, Jaca Book, Milano.
- Fabietti U., Matera V. (1999), *Etnografia. Scritture e rappresentazioni dell'antropologia*, Carocci, Roma.
- Facchini C., Ruspini E. (a cura di) (2001), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Angeli, Milano.
- Falteri P. (1977), "La quarantena è una cosa sacra". *Puerperio ciclo della vita femminile e mutamento culturale*, in Pecorelli S., Avisani R. (a cura di), *Puerpera, puerperio e assistenza*, Azienda Spedali Civili - Università degli Studi, Brescia.
- Ferigo G. (1998), *I nuviz, la fantâsima, il mus. Note sull'interdizione matrimoniale di maggio. Secoli XVI-XIX*, in «Ce fastu», LXXIV, 2, pp. 199-251.
- Filippini N.M. (2002), *Rappresentazioni politiche di controllo del corpo materno tra età moderna e contemporanea*, in «La ricerca folklorica», 46, pp. 19-25.
- Fiume G. (1995), *Madri. Storia di un ruolo sociale*, Marsilio, Venezia.
- Ginzburg C. [1966] (1974), *I benandanti. Stregoneria e culti agrari tra Cinquecento e Seicento*, Einaudi, Torino.
- Ginzburg C. (2003), *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Einaudi, Torino.
- Gortani L. [1898] (1981), *Usi, costumi, leggende e tradizioni*, in Marinelli G. (a cura di), *Guida della Carnia*, Del Bianco, Udine.
- Gortani M. [1965] (2000), *L'arte popolare in Carnia: il Museo Carnico delle Arti e Tradizioni Popolari*, Società Filologica Friulana, Udine.

- Gri G.P. (2001), *Altri Modi. Etnografia dell'agire simbolico nei processi friulani dell'Inquisizione*, Edizioni Università di Trieste, Trieste.
- Jordan B. (1984), *La nascita in quattro culture. Atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, in «I quaderni del nuovo nato», 7, Emme Edizioni, Milano.
- Jordan B. (1985), *Sistemi natali ed etnoscienza: frammenti di una ricerca transculturale*, in Oakley et al., *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano, pp. 73-84.
- Kitzinger S. (1980), *Donne come madri. Gravidanza, parto, cure materne in un confronto di culture diverse*, Bompiani, Milano.
- Loux F. (1978), *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Flammarion, Paris.
- Nicoloso Ciceri A. [1982] (2002), *Tradizioni popolari in Friuli*, Chiandetti, Reana del Rojale (Ud).
- Oakley A. (1993), *Essays on Women, Medicine and Health*, Edimburgh University Press, Edimburgh.
- Ostermann V. (1940), *La vita in Friuli. Usi, costumi, credenze popolari*, Del Bianco, Udine.
- Palumbo B. (1991), *Madre madrina. Rituale, parentela e identità in un paese del Sannio (San Marco dei Cavoti)*, Angeli, Milano.
- Pancino C. (1994), *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*, Angeli, Milano.
- Parma A. (1981), «*La lunga noja della gravidanza*»: *la medicina del Settecento di fronte alle donne incinte*, in «donnawomanfemme», 17, pp. 90-102.
- Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D. (1977), *Manuale di clinica ostetrica e ginecologica*, Universo, Roma.
- Pittino G. (2003), *L'altopiano di Lauco*, Comune di Lauco - Provincia di Udine, Villa Santina (Ud).
- Prosperi A. (2005), *Dare l'anima. Storia di un infanticidio*, Einaudi, Torino.
- Quattrocchi P. (2005), *Devozione femminile e saperi riproduttivi*, in Ribezzi T. (a cura di), *Segni della devozione. Materiali dalla Collezione Ciceri*, Comune di Udine, Udine, pp. 125-132.
- Regalia A. (1982), *Sapere medico e pratica istituzionale*, in Colombo G., Pizzini F., Regalia A., *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Angeli, Milano.
- Renzetti E., Taiani R. (1988), *Sulla pelle del villano. Profili terapeutici e metodi di cura empirica nella tradizione trentina*, Museo degli Usi e Costumi della Gente Trentina, San Michele all'Adige (Tn).

- Rich A. (2000), *Nato di donna*, Garzanti, Cernusco sul Naviglio (Mi).
- Romito P. (1992), *La depressione dopo il parto. Nascita di un figlio e disagio delle madri*, Il Mulino, Bologna.
- Rossi P. (2004), *La nascita della scienza moderna in Europa*, Laterza, Roma-Bari.
- Sironi V.A. (1998), *Medicina popolare in Brianza. Malattia e salute delle classi subalterne nell'alto milanese tra Ottocento e Novecento*, Cattaneo, Oggiono (Lc).
- Solinas P.G. (1991), *Itinerari di letture per l'antropologia. Guida bibliografica ragionata*, CISU, Roma.
- Tolazzi C. (1997), *Le parole salvate. Vocabolario della Val Pesarina con un'appendice di saggi linguistici*, Campanotto, Pasian di Prato (Ud).
- Tore Barbina M. (1980), *Dizionario pratico e illustrato Italiano-Friulano*, Istituto per l'Enciclopedia del Friuli Venezia Giulia, Udine.
- Turner V. (1976), *La foresta dei simboli*, Morcelliana, Brescia.
- Van Gennep A. (1981), *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Viazzo P.P. (2001), *Comunità alpine. Ambiente, popolazione, struttura sociale nelle Alpi dal XVI secolo ad oggi*, Carocci, Roma.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la disponibilità delle ostetriche e delle donne intervistate che mi hanno dedicato il loro tempo e mi hanno resa partecipe delle loro esperienze di vita e di lavoro, fornendomi anche alcune immagini fotografiche.

Ringrazio Gian Paolo Gri che mi ha formata ed è stato il relatore della tesi di laurea da cui nasce questo libro; Donatella Cozzi, essenziale per aver promosso l'Archivio Etnotesti, che ha accolto la mia ricerca e ne ha reso possibile la pubblicazione.

Ringrazio inoltre Erika Di Bortolo Mel per il suo fondamentale contributo nella digitalizzazione degli etnotesti, Patrizia Quattrocchi per la puntuale presentazione, Maria Dolores Miotto per la preziosa revisione ortografica del friulano, la casa editrice Forum per il paziente lavoro di editing.

LA STANZA DELLE VOCI

1. Letizia Cimitan, *Dialogo con suor Angela. Una pagina dimenticata dell'infanzia in Carnia*, 2021.
2. Barbara Vuano, *Nascere nella cenere. Le testimonianze delle ultime ostetriche condotte in Carnia*, 2022.